dr. Christa Todea-Gross   Preot Prof. Dr. Ilie Moldovan

Îndrumarul medical şi creştin despre viață al Federației Organizațiilor Ortodoxe Pro-Vita din România

Coperta: Delia Kerekes
Tehnoredactare: Nicolae Kerekes

Comitetul de Redacție:
1. Preot Prof. Dr. Ilie Moldovan
2. Prof. Dr. Sebastian Moldovan
3. Preot Nicolae Tănase
4. Medic Christa Todea-Gross

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

TODEA-GROSS, CHRISTA
Îndrumarul medical și creștin despre viață al Federației Organizațiilor Ortodoxe Pro-Vita din România / dr. Christa Todea-Gross, preot prof. dr. Ilie Moldovan. - Cluj-Napoca : Renașterea, 2008
Bibliogr.
ISBN 978-973-1714-45-5

I. Moldovan, Ilie

371:281.95

Editura Renaşterea
Piața Avram Iancu, nr. 18
400117 Cluj-Napoca
Tel./fax: 0264/599649
www.renasterea-cluj.ro
editura_renasterea@yahoo.com

ISBN: 978-973-1714-45-5

dr. Christa Todea-Gross **Preot Prof. Dr. Ilie Moldovan**

Îndrumarul medical şi creştin despre viaţă al Federaţiei Organizaţiilor Ortodoxe Pro-Vita din România

Tipărit cu binecuvântarea Înalt Prea Sfinţitului Părinte
Bartolomeu,
Arhiepiscopul Vadului, Feleacului şi Clujului
şi Mitropolit al Clujului, Albei, Crişanei şi Maramureşului

Editura Renaşterea
Cluj-Napoca, 2008

ÎN LOC DE PREFAȚĂ

Experiența de viață pe care fiecare om o asimilează, mai devreme sau mai târziu, îl face să caute o seamă de răspunsuri la multe întrebări care vin din adâncul propriei ființe. Fiind creat de Dumnezeu „micşorat pentru o clipă mai prejos de îngeri” (Ps. 8, 5), omul află răspunsul ziditor doar în cele descoperite de Dumnezeu.

După ce L-a descoperit şi L-a cunoscut pe Hristos, pentru învățatul Saul din Tars, devenit Apostolul Pavel, lucrurile sunt clare: „omul nu este făcut de Dumnezeu pentru stricăciune, ci pentru dobândirea firii celei dumnezeieşti”.

Astfel, pentru credincioşi cât şi pentru tot omul, ținta vieții este Hristos şi împărtăşirea firii dumnezeieşti.

Aici intervine experiența de viață proprie fiecăruia: „omului toate îi sunt îngăduite, dar nu toate îi sunt de folos, şi ceea ce te biruieşte, aceea te şi stăpâneşte”. Şi fiecare constată, mai devreme sau mai târziu că nu este deloc bine să fii stăpânit de mândrie, de lăcomie, de mânie, de beție, de desfrâu şi de altele asemenea acestora.

Omul contemporan, uneori chiar credincios, din diferite motive (acelaşi din totdeauna: pofta ochilor, pofta trupului şi pofta vieții), amăgit de duhul „libertății, opțiunii şi al deciziei proprii” se înstrăinează de Hristos şi de Biserică, devenind vulnerabil la ispitele vieții şi adeseori ajungând în zona păcatelor şi a viciilor.

În cadrul existenţei umane, pe plan fiinţial, cea mai importantă problemă este aceea a perpetuării vieţii. Dumnezeu în iubirea Sa nemărginită pentru om, a aşezat în adâncul fiinţei puterile perpetuării vieţii, active în toate etapele vieţii, dar mai ales la vârsta când „mugurii plesnesc", când omul începe să-şi poată asuma şi responsabilităţile pe măsura împlinirii acestei misiuni date de Creator prin dumnezeiasca Sa binecuvântare: „Creşteţi şi înmulţiţi-vă şi umpleţi pământul şi supuneţi-l" (Fac. 1, 28).

Orice deviere de la rânduiala pusă de Dumnezeu este trăită, mai devreme sau mai târziu dureros de acela care o face.

Efectele acestor devieri se manifestă în timp, atât în plan personal (nelinişte sufletească profundă, tristeţe, boli psihice şi organice), dar şi pe plan social (certuri, divorţuri, scăderea natalităţii).

Uneori, motivul abaterii de la cele rânduite de Dumnezeu, în privinţa realităţilor intime normale dintre bărbat şi femeie, este urmarea unei insuficiente informări, mai ales a tinerilor care păşesc spre această zonă a vieţii.

Pentru a-i ajuta pe tinerii care se pregătesc în această zonă a vieţii şi nu mai puţin pe cei care au ajuns în impas, să trăiască sau să redobândească bucuria binecuvântării dumnezeieşti, autorii cărţii „Îndrumarul medical şi creştin despre viaţă al Federaţiei Organizaţiilor Ortodoxe Pro-Vita din România" un teolog de marcă: Preotul Profesor Dr. Ilie Moldovan de la Facultatea de Teologie Ortodoxă „Andrei Şaguna" din Sibiu, şi Dr. Christa Todea-Gross din Cluj-Napoca, coordonatoarea Proiectului „Pentru-Viaţă" din cadrul Asociaţiei Filantropice Medical Creştine „Christiana" – Cluj şi Vicepreşedinte al Federaţiei Ortodoxe Pro-Vita din România, din bogăţia cunoaşterii ştiinţifice şi duhovniceşti, cu competenţă şi pro-

bitate, prin această valoroasă lucrare vin în ajutorul tuturor celor interesați să trăiască în zona „adevăratelor bucurii” ale vieții binecuvântate de Dumnezeu şi să evite tristețile şi suferințele la care se expun cei care se înstrăinează de Dumnezeu, prin neascultarea şi neîmplinirea poruncilor Lui.

Această carte este şi o formă de fructificare a muncii de cercetare şi răspândire a cunoştințelor de specialitate din acest domeniu, făcute de autori „cu timp şi fără timp” în diferite publicații, de la amvon, de la catedră, în cabinetele medicale, în spitale, săli de aşteptare sau tabere de vară pentru tineret.

Cartea se adresează în aceeaşi măsură medicilor şi specialiştilor în domeniu, dar mai ales tinerilor şi publicului larg, pentru ca fiecare să poată să spună cât mai devreme, împreună cu Apostolul Toma „Domnul meu şi Dumnezeul meu”.

Bunul Dumnezeu să binecuvinteze cu roade bogate apariția şi răspândirea acestei cărți.

15 septembrie 2008

† *Vasile Someşanul*
Episcop Vicar

INTRODUCERE

„...şi viaţa era lumina oamenilor” (Ioan 1,4)

Viaţa nu are nevoie de argumente apologetice; în mod firesc şi spontan, orice fiinţă vie, cu atât mai mult omul, este *pentru viaţă*. Cu toţii suntem pentru viaţă întrucât suntem pentru noi înşine, pentru propriul nostru bine. Odată ce o trăim, nu ne mai dorim încetarea ei, ci necontenita sporire şi îmbunătăţire. Cu toate acestea, aşa cum o cunoaştem, viaţa este permanent ameninţată de încetare (deces) şi afectată de nenumărate adversităţi (materiale, medicale, spirituale) încât a trăi înseamnă a supravieţui. Viaţa ne constrânge la o *luptă pentru viaţă*, a noastră şi a semenilor noştri, deopotrivă.

Din nefericire, înţeleasă şi purtată doar în numele supravieţuirii şi împlinirii în *această* viaţă, răpusă în cele din urmă de moarte, lupta pentru viaţa proprie devine inevitabil luptă împotriva vieţii celuilalt. Şi nici un alt exemplu nu este mai grăitor, prin tragedia sa, decât lupta dusă de mame, familii şi societate împotriva procreaţiei, în general, şi a copilului nenăscut, în special. Refuzul de a avea copii a ajuns un stil de viaţă consacrat al majorităţii tinerilor majori şi adulţilor din ţările „civilizate”. Aici, inamicul numărul unul, public şi privat, al fericirii umane este desemnat în vremea noastră prin expresia „sarcină nedorită” sau „copilul nedorit”. În vederea lichidării lui s-a perfecţionat un întreg arsenal de mijloace tehnologice

(de la avortul prin aspirare la pilula hormonală şi sterilizarea voluntară) şi ideologice („planificarea familială", „controlul populației", „sănătatea reproducerii"). Rezultatul provizoriu? Pe lângă holocaustul pruncilor nenăscuți, traumele fizice, emoționale şi spirituale imense ale milioanelor de femei implicate[1] şi catastrofa îmbătrânirii demografice globale, ale cărei semne încep să se întrevadă.

Credința în Dumnezeu oferă singura ieşire din această turnură sinucigaşă a umanității recente. În perspectiva credinței, primim viața de la un Izvor – Dumnezeu – şi ne îndreptăm, însuşindu-ne-o, către *mai multă* viață, în comuniunea deliberată cu El. Dacă este aşa, viața aceasta nu poate fi niciodată întâmplătoare sau inoportună; mai mult, este oportunitatea pentru viața plenară, *viața veşnică*. Nu doar pentru noi, ci şi pentru orice semen al nostru. Nimeni nu poate fi în plus. Dacă un copil vine pe lume nu doar prin voia părinților şi contribuția unui mecanism biochimic, ci în primul rând prin bunăvoința Creatorului, atunci orice intenție de a o evita, indiferent de metoda folosită, înseamnă a-L declara pe Dumnezeu însuşi inoportun în viața noastră. De câte ori o facem – deşi rostim zilnic „facă-se voia Ta" -, şi nu numai în contextul „planificării familiale", consecințele nu pot fi decât aceleaşi: nu ne putem aştepta la o viață împlinită fără Cel care ne-o dăruieşte.

Este o realitate pe care noi, românii, o constatăm tot mai dureros în ultimele decenii. Liberalizarea avortului, campaniile succesive pentru „sănătatea reproducerii" şi „educație se-

[1]Costurile plătite de către femei sunt recunoscute de o literatură care se acumulează încet dar sigur. De pildă, *Myriam, de ce plângi?- Trauma avortului – Confesiuni ale femeilor şi studii medicale de specialitate*, Timişoara, 1998; Barbara Seaman, *The Doctors' Case Against the Pill*, 25th Anniversary Edition, Hunter House, Alameda, CA, 1995; Eadem, *The Greatest Experiment Ever Performed on Women. Exploding the Estrogen Myth*, Hyperion, New York, 2003; Chris Kahlenborn, M.D., *Breast Cancer. Its Links to Abortion and the Birth Control Pill*, One More Soul, Dayton, OH, 2000; Lara V. Marks, *Sexual Chemistry. A History of the Contraceptive Pill*, Yale Upress, New Haven and London, 2001.

xuală" în şcoli,[2] toate axate valoric pe principiul individualismului – „trăieşte cum îţi place" -, urmărind doar evitarea „sarcinii nedorite" şi a bolilor cu transmitere sexuală, fac parte integrantă din degradarea socială, economică şi spirituală a ţării noastre, acum şi pe termen lung. Mentalitatea că viaţa e un bun de consum, nimic mai mult, şi moravurile în care aceasta se manifestă fac victime tocmai în punctele cele mai importante ale ţesăturii interumane care este un popor: copii educaţi de gustul televiziunii pentru sex şi violenţă; tineri care îşi caută sensul vieţii în stupefiante, desfrâu, subculturi şi sinucidere; părinţi care îşi omoară pruncii „nedoriţi" dar îi abandonează acasă pe cei „doriţi" pentru ani de muncă în străinătate; medici şi cadre medicale care cu o mână aduc pruncul pe lume iar cu cealaltă curmă viaţa celui nenăscut; farmacişti care vând pilule şi alte mijloace care, aşa cum observa demult Clement Alexandrinul, ucid în cei ce le folosesc nu numai pruncii ci şi iubirea de oameni; educatori pentru care anatomia şi fiziologia reproducerii pot ţine loc de repere morale; artişti şi jurnalişti care promovează cultura hedonistă şi pornofilia; jurişti şi oameni politici care consideră că pentru a putea convieţui întreolaltă membrii unui popor au nevoie de dreptul de a-şi omorî urmaşii.

Odată intrate în practica obişnuită de viaţă, păcatele împotriva vieţii nu pot decât să-şi producă efectele devastatoare.3[3] Specialiştii o recunosc fără menajamente: *„Evoluţiile demo-*

[2]Asociaţii ortodoxe pro-vita, ca şi o serie de foruri teologice şi bisericeşti, au intervenit, fără succes, pentru reaşezarea acestei „educaţii" pe temeiuri morale creştine sau cel puţin pentru eliminarea aspectelor strident imorale şi anti-creştine, cu relativ succes în acest caz. De consultat lucrările simpozionului „Educaţia pentru sănătate", Craiova – 23 octombrie 2004, în rev. *Studii* a Centrului pentru Studii de Teologie Aplicată a Mitropoliei Olteniei, Nr. 2/2004.

[3]Din datele statistice aflate la îndemână, ca şi din studii de specialitate, se poate constata că fenomenul avorţionist în România, deşi a depăşit faza acută din anii 1990-1996, a devenit un fenomen cronic, stabilizându-se în apropierea unui sfert de milion de avorturi chirurgicale la cerere, declarate, pe an (dar autorităţile sanitare recunosc existenţa multor altor avorturi nedeclarate). Mai sem-

grafice actuale şi caracteristicile componentelor care au produs şi produc aceste evoluţii prefigurează un tablou mai mult decât sumbru al populaţiei României în deceniile următoare, dacă nu intervine o redresare de substanţă în evoluţia componentei majore a degradării structurii pe vârste a populaţiei – natalitatea […] *împiedicarea depopulării masive a ţării, care se profilează pe termen lung şi foarte lung, impune în mod necesar o redresare a fertilităţii populaţiei, adică a numărului de copii pe care îi naşte o femeie*."[4] Într-o Uniune Europeană confruntată ea însăşi cu aceleaşi probleme demografice, care pun sub semnul întrebării capacitatea de susţinere a întregului sistem de asigurări sociale (sănătate, pensii), România nu poate evita un fenomen de imigrare tot mai pronunţat, cu consecinţe politice, culturale şi religioase majore. După cum s-a spus, „cei blânzi – care nu-şi omoară copiii –, aceia vor moşteni pământul"!

Este această situaţie reversibilă? Se mai poate face ceva? Într-adevăr, pentru oricine ia lucrurile în serios, sentinţa „lăsaţi orice speranţă, voi care intraţi" pare inevitabilă. Şi totuşi, nu întâmplător tocmai acestui timp al ororilor i-a adresat Dumnezeu prin Sf. Siluan Athonitul mesajul „ţine mintea în iad şi

---

nificativ decât numărul total al avorturilor este raportul dintre avort şi naşterile vii, care se plasează între 3 şi 1,5. Faptul că aceste cifre sunt aproape constante pentru ultimii zece ani, arată că avortul a devenit o obişnuită a românilor. Vezi prezentarea situaţiei la Larisa Iftime, „Avortul în România", în Dr. John C. Willke, Barbara H. Willke, *Avortul, întrebări şi răspunsuri. Să-i iubim pe amândoi*, Provita Media, Bucureşti, 2007. Despre degradarea fondului vital al unui popor, prin comparaţie cu restul Europei, Ilie Bădescu, „Demopolitica în Occident, în Europa centrală şi Eurasia. Contribuţii la critica demoscopiei pozitiviste", în rev. *Geopolitica*, Nr. 1(5)/2005, p. 6-15.

[4]Prof. Dr. Vasile Gheţău, *Anul 2050: va ajunge populaţia României la mai puţin de 16 milioane de locuitori? O viziune prospectivă asupra populaţiei României în secolul 21*, Academia Română, Institutul Naţional de Cercetări Demografice, 2004, p. 5, 6. A se vedea şi lucrările conferinţei internaţionale „Populaţia României – încotro?" desfăşurată, cu participare prezidenţială, la Sibiu în sept. 2007, accesibile la http://populatiaromanieiincotro.unfpa.ro/conferintapopulatie/materialeconferinta/?limba=Ro

nu deznădăjdui”. Nici negarea, minimalizarea sau evitarea problemei, nici tratarea ei apocaliptică nu oferă vreo soluție. Singura, cea a pogorârii la iad, stă doar în puterea Celui ce a călcat moartea noastră cu moartea Sa spre a ne oferi învierea şi viața: „Îndrăzniți, Eu am biruit lumea”. (In 16,33)

Ținând cont de faptul că peste 80% din populația țării se declară de credință ortodoxă, este probabil ca majoritatea păcatelor împotriva vieții să fie încuviințate şi săvârşite de membrii ai Bisericii noastre. Deosebit de grav este faptul că sunt săvârşite şi de credincioşii ortodocşi practicanți, nu doar de cei indiferenți. „*Femeile chestionate* […] – spune concluzia unui studiu -, *sunt convinse că avortul este o crimă, că este un păcat, că embrionul este o ființă vie, în timp ce declară că se roagă, se spovedesc, postesc, merg la Liturghie.*”5[5] Această realitate impune o responsabilitate majoră Bisericii, cu atât mai mult cu cât aceasta se consideră, pe bună dreptate, „maica poporului român”.6[6]

În anul 1997, cu prilejul Zilei Internaționale a Copilului, Sfântul Sinod al Bisericii Ortodoxe Române adresa tuturor credincioşilor cuvântul pastoral „Copiii sunt un dar şi o binecuvântare a lui Dumnezeu”, în care afirma încrederea că preocuparea păstorilor duhovniceşti pentru realitățile tragice ale avortului şi feririi de copii din țara noastră vor ajunge „la inimile frățiilor voastre, mame şi tați, tineri şi bunici, şi că împreună vom medita serios asupra perspectivei noastre vremelnice şi veşnice, atât ca Biserică, cât şi ca neam”. (*op. cit.*, p. 7).

---

[5]Cf. P. Chirilă, A.C. Băndoiu, B. Rotaru, „Aplicarea unui chestionar femeilor care avortează”, în rev. *Studii*, Mitropolia Olteniei. Centrul de Studii pentru Teologie Aplicată, Nr. 1/2002, p. 62.

[6]Se cuvin amintite în acest sens cuvintele patriarhului de pioasă amintire Teoctist: „Biserica se confruntă astfel cu o adevărată tragedie națională (referindu-se la „tragedia demografică din țară: „douăsprezece milioane de români nu s-au mai născut, căzând pradă avorturilor”; n.n.), şi a-i face față, a-i riposta, a reda neamului nostru voința şi puterea de a trăi, este o misiune care intră acum în însăşi definirea funcției sale mântuitoare.” În „Biserica – acoperemântul sufletelor noastre”, din vol. *Pe treptele slujirii creştine*, EIBMBOR, 2004, p. 186.

Înainte şi după acest mesaj o serie de clerici şi mireni au luat iniţiativa înfiinţării – cu binecuvântarea întâi-stătătorilor Bisericii – a unor asociaţii ortodoxe de tip „pentru viaţă" (pro-vita), dedicate susţinerii şi promovării în contextul crizei actuale a valorilor creştine tradiţionale cu privire la viaţa de familie şi procreaţie.[7] Se poate însă aprecia că, deşi nu mici, eforturile acestor asociaţii nu au dat până în prezent suficiente roade, datorită numărului lor redus, a disproporţiei între mijloacele umane şi materiale angajate de acestea şi dimensiunile şi complexitatea problemelor pro-vita (educaţionale, economice şi sociale ale tinerilor şi adulţilor implicaţi în viaţa intimă sau de familie). Luând în considerare rezultatele şi lipsurile din activitatea lor, asociaţiile ortodoxe pro-vita au ajuns la concluzia necesităţii depăşirii activităţilor izolate, sporadice şi improvizate care, deşi meritoase pentru început, nu pot influenţa semnificativ situaţia.[8] Singurul mod în care îşi pot eficientiza activi-

[7]De remarcat rolul jucat de către deteriorarea valorilor morale în această evoluţie negativă: „După unii specialişti, evoluţiile recente ale natalităţii nu sunt străine de individualism şi consumism, reprezentând în acelaşi timp o componentă a unui proces mai larg de schimbare demografică şi socială, purtând denumirea de a doua tranziţie demografică. Pe lângă scăderea fertilităţii, această nouă tranziţie este însoţită de schimbări în atitudini şi comportament asupra căsătoriei, coabitării, divorţului, copiilor în afara căsătoriei, contracepţiei şi sexualităţii. […] Copii mai puţini, unul de preferinţă, şi aduşi pe lume la o vârstă mai ridicată devine regula care guvernează comportamentul reproductiv al tânărului cuplu într-o societate care adoptă rapid sistemul de valori şi atitudini ale ţărilor dezvoltate, cu tot ce are mai bun şi mai puţin bun societatea capitalistă post-industrială. Nivelul de trai ridicat din ţările dezvoltate nu a constituit şi nu constituie factor de creştere a fertilităţii, relaţia fiind chiar inversă în a doua jumătate a secolului trecut…", Vasile Gheţău, *ibidem*, p. 7.

[8]„Orice preocupare sau manifestare care îşi propune să readucă în atenţia societăţii diversitatea problemelor şi aspectelor cu care se confruntă în prezent familia este mai mult decât binevenită. … A nu acorda atenţie tendinţei de depreciere a familiei, de renunţare la valorile tradiţionale ale vieţii familiale este totuna cu a tolera incubarea în sânul societăţii de azi a unei molime devastatoare." (*Idem*, „Mesaj la deschiderea lucrărilor", în vol. *Congresul internaţional „Familia şi viaţa la începutul unui nou mileniu"*, Bucureşti, 2002, p. 12). În concluzia studiului citat, prof. Vasile Gheţău afirmă: „Credem însă că situaţia demografică a României a atins un grad de complexitate şi de pericol atât de mare

tatea îl reprezintă sprijinul reciproc sistematic prin asocierea lor într-o federație națională. În acest scop, la 1 octombrie 2004, la Praznicul Acoperământul Maicii Domnului, cu ocazia primei lor întâlniri pe țară, la sediul „Asociației Provita pentru născuți şi nenăscuți" din Vălenii de Munte, acestea pus bazele unei Federații a Organizațiilor Pro-Vita Ortodoxe din România, având ca scop *„conjugarea eforturilor tuturor persoanelor şi organizațiilor ortodoxe în vederea apărării şi promovării în întreaga societate a învățăturii de credință ortodoxe cu privire la valoarea vocației parentale pentru viața aceasta şi pentru cea veşnică, la valoarea unică în fața lui Dumnezeu a vieții persoanei umane încă de la concepere, cu privire la păcatele împotriva acestora, cât şi pentru sprijinirea materială şi morală a familiilor şi persoanelor care caută să pună în practică această învățătură."* (art. 5 din Statut).[9]

Încercând să răspundă chemării stringente de reînnoire a neamului românesc, Federația îşi propune să contribuie, alături de toți cei pe care conştiința îi angajează în lupta pentru viață, la sprijinirea întoarcerii către Izvorul Vieții a celor care L-au abandonat. O premiză indispensabilă – deloc un panaceu – o constituie buna informare, cu atât mai mult cu cât întreaga ideologie a „drepturilor sexuale şi reproductive" utilizează din plin manipularea de limbaj („produsul de concepție", în loc de embrion sau făt; „întreruperea sarcinii" în loc de omorârea fătului, şi multe altele) şi tendențiozitatea în prezentarea datelor ştiințifice.[10] Un înalt ierarh afirma: *„În interiorul Bisericii noas-*

încât intervenția este singura alternativă care poate fi luată în considerare. Responsabilitatea clasei politice, a celor care răspund într-un fel sau altul de destine țării, este enormă." (*ibidem*, p. 26).

[9] Pentru principiile teologice şi morale ale Federației, a se consulta extrasele din Statut si Carta Federației prezentate în anexă, p. 437.

[10] De pildă: „Reamintim că utilizarea COC (contraceptive orale combinate, n.n.) poate determina accidente grave, chiar mortale, dar riscul vital pe care îl comportă această metodă de prevenire a sarcinii este inferior riscului pe care îl presupune, de exemplu, ducerea sarcinii la termen şi naşterea!", N. Crişan, „Contracepția hormonală", în vol. N. Crişan, D. Nanu, *Terapeutica hormonală ginecologică*, Societatea Ştiință şi Tehnică, 1998, p. 178.

tre, pentru ca speranța să devină un dar cultivat şi roditor, sunt necesare, la nivel de parohie şi eparhie, programe de cateheză şi asistență pastorală a familiilor în criză, cicluri de cateheze pentru pregătirea tinerilor pentru căsătorie, cateheze pastorale pentru tinerii căsătoriți şi pentru părinții lor [...] Prin toate aceste programe trebuie ***afirmată şi cultivată sfințenia căsătoriei, organizată solidaritatea în familie şi între familii, afirmată demnitatea paternității, a filiației şi a fraternității, ca daruri ale iubirii lui Dumnezeu ce trebuie cultivate**.”[11]

Paginile următoare se adresează în primul rând celor care caută un ghid teologic şi medical în vederea realizării unor asemenea programe, preoți parohi, profesori de religie, credincioşi angajați în lucrarea pastorală şi misionară a Bisericii. În plus, ele pot fi utile oricui este interesat de o viziune creştin-ortodoxă asupra vieții. O antropologie şi o bioetică ortodoxă, de pildă, nu se pot lipsi de asemenea fundamente. Nu au fost abordate aici decât o parte dintre temele pe care le presupune problematica vieții – de la sine înțeles, atât de bogată. Venirea în existență a ființei umane (antropologia prenatală) este prezentată pe larg; întemeierea familiei prin căsătorie şi destinul ei (antropologia iubirii conjugale) este implicită; ființarea umană în extensia sa cantitativă (antropologia demografică) nu este abordată. Selecția temelor a impus şi modul de abordare, preponderent teologic şi medical. Perspectiva psihologică-duhovnicească rămâne de complinit. Ca orice demers de înțelegere a realității, lucrarea se referă la „fapte” (date medicale, experiențe umane) şi „valori” (sensuri teologice şi opțiuni morale): valorile dau semnificație faptelor, iar faptele testează valorile. O contribuție remarcabilă, practic unică în literatura de limbă română, o reprezintă prezentarea comparată a problemelor medicale, atât din

---

[11]Preafericitul Patriarh Daniel, la vremea aceea mitropolit al Moldovei, în contribuția sa, intitulată „Familia creştină – speranța României”, la congresul internațional *„Familia şi viața la începutul unui nou mileniu”*, *cit. supra*., p. 36-37 (subl. aut.).

perspectiva concepției medicale secularizate, dominate de imperativul satisfacerii unei cereri de sănătate degrevate de implicații morale, cât şi din perspectiva unei concepții medicale creştine, preocupate de *integritatea* somatică, psihică *şi* spirituală a oamenilor, în interdependența acestor dimensiuni. Ca ultim bastion al ideologiei iluministe a adevărului ştiințific „neutru" valoric, lumea medicală secularizată este – dureroasă ironie – încă puțin dispusă să ia în considerare experiențele umane nefericite care îi subminează paradigma.

Dorim ca lucrarea de față, primul rod editorial al eforturilor Federației Organizațiilor Pro-Vita Ortodoxe din România, să constituie un instrument de orientare a celor care caută renaşterea „în Hristos şi în Biserică" a vieții familiale şi a vocației parentale. Conştienți de limitele ei, vom fi recunoscători cititorilor pentru observații critice, necesare unei ediții îmbunătățite pe care sperăm să o realizăm cât mai curând.[12]

Comitetul de redacție

---

[12]Literatura pro-vita din România este deocamdată săracă, şi îndeosebi literatura de perspectivă ortodoxă. În afară de lucrările citate mai sus şi în bibliografia ghidului de față, mai pot fi consultate cu folos Larisa Ciochină, Constantin Iftimie, *O viziune asupra vieții*, Provita Media, Bucureşti, 2003, Jacqueline Kasun, *Războiul împotriva populației. Economia şi ideologia controlului mondial al populației*, Provita Media, Bucureşti, 2008, Valerie Riches, *Educație sexuală sau îndoctrinare? Sau cum triumfă ideologia asupra faptelor*, Provita Media, Bucureşti, 2008. O listă de lucrări ortodoxe despre căsătorie şi familie poate fi găsită la http://tainacasatoriei.wordpress.com/carti/.

PARTEA I

CONCEPȚIILE MEDICALE MODERNE ŞI CONCEPȚIILE MEDICAL–CREŞTINE PRIVITOARE LA PROCREAȚIE

CUVÂNT ÎNAINTE

Am scris acest ghid, alături de Părintele Prof. Dr. Ilie Moldovan, dintr-un sentiment de adânc respect şi iubire faţă de viaţa creată de Dumnezeu, de la concepţie şi până la moarte şi dincolo de ea.

În fiecare fiinţă umană, care îşi are începutul în pântecele mamei, văd o persoană pe care Dumnezeu a creat-o din nespusă iubire. În fiecare dintre noi văd dorul Lui de a ne conduce, din clipa zămislirii şi până în clipa morţii, când ne vrea pregătiţi pentru Împărăţia Lui, pe drumul spre sfinţenie, pe toţii, nu doar pe câte unul… Dar văd şi durerea Lui pentru fiecare prunc ucis în pântecele mamei, pentru fiecare bătrân sau bolnav eutanasiat. Văd durerea Lui pentru fiecare om care moare în păcate, care nu se pocăieşte, care îşi omoară semenul, care îşi omoară copilul său sau copilul altuia, care ajută, încurajează sau încuviinţează curmarea unei vieţi umane.

Fiecare om aparţine planului creator al lui Dumnezeu, plan în care omul nu are nici un drept să intervină. *(“Tu ai zidit rărunchii mei, Doamne, Tu m-ai alcătuit în pântecele maicii mele.[…] Nu sunt ascunse de Tine oasele mele pe care le-ai făcut întru ascuns, nici fiinţa mea pe care ai urzit-o ca în cele mai de jos ale pământului.” Ps. 138, 13, 15).* Noi însă, intervenim cu o brutalitate de nedescris şi, deseori, fără nici o mustrare de conştiinţă. Nu mai dorim iubirea lui Dumnezeu, o respingem tot mai des în numele unei “demnităţi omeneşti”, în “beneficiul omenirii”, al „drep-

turilor omului”. Credem că avem dreptul să omorâm copiii nedoriți sau bunicii bolnavi pentru a le „curma durerea”. Omul năzuieşte locul lui Dumnezeu şi o face cu mândrie luciferică.

Noi, medicii, am depus cu toții un jurământ - jurământul lui Hipocrat. Eram plini de entuziasm şi optimism când am jurat, dar unii dintre noi l-au dat uitării. Să fie doar vina noastră? Ne-a ajutat şi societatea? Ne-a ajutat şi conducerea țării? Ne-au ajutat şi profesorii noştri printr-o programă şcolară impusă? Da, dar nu integral. În mod sigur, nu au putut lua o hotărâre în numele nostru. Nimeni nu o poate face. Avem libertatea de a alege, lăsată de Dumnezeu. Şi cât de mult aşteaptă El, în fiecare zi, în fiecare clipă, să alegem viața, nu moartea.

Mă adresez medicilor - colegii mei - să aleagă viața. Să o facă în fiecare clipă, din prima zi de la concepția copilului şi până la naştere, iar apoi până la moarte - o moarte naturală. Să nu luăm şi ultima şansă de pocăință a omului bolnav, clipă pe care o aşteaptă Dumnezeu întotdeauna, uneori după o comă prelungită sau chiar şi după o moarte clinică.

Am început să scriu capitolele medicale din acest îndrumar în urmă cu câțiva ani şi am făcut-o din motive întemeiate. Am întâlnit în practica mea medicală un tineret dezorientat, călăuzit adeseori pe căi greşite de adulți “binevoitori”. Am întâlnit tineri bolnavi de bolile desfrâului şi libertinajului, frângându-şi aripile înainte de a-şi lua zborul... Vedeam zilnic în clinicile de Obstetrică-Ginecologie eleve, studente şi mame mutilate de avorturi, uneori cu o conştiință împovărată, dar adeseori lipsite de curajul şi dorința de a se ridica şi a-şi schimba viața. Mă mustra conştiința că nu fac suficient ca medic pentru a preveni aceste boli cumplite, trupeşti şi sufleteşti, care ne macină copii, mamele, familia, întregul nostru neam.

Am găsit ajutor la Părintele meu duhovnicesc – Preasfințitul Părinte Episcop Vasile Someşanul - şi am devenit coordo-

natorul unui proiect filantropic, Proiectul "Pentru Viată", unul din cele nouă proiecte ale Asociației Filantropice Medical-Creştine "Christiana", aflată sub patronajul Arhiepiscopiei Ortodoxe Române a Vadului, Feleacului şi Clujului. Rezultatele obținute au fost pozitive: spre surprinderea mea, elevii erau receptivi la îndemnul de a duce o viață curată până la căsătorie, evitând astfel infecțiile cu transmitere sexuală, avorturile, folosirea contracepției care îmbolnăveşte organismul. Munca depusă era însă dificilă - şi continuă să fie -, într-o societate în care internetul, televiziunea, revistele oferă posibilități nenumărate de a vedea tot ceea ce este nociv sufleteşte, încurajând o viață dusă în desfrâu sub sloganul "libertății absolute". Am început să scriu cursuri şi pentru studenți care sunt poate cei mai expuşi unei astfel de vieți, fiind "majori" şi "scoşi" de sub supravegherea părinților.

Cu toate acestea, cea mai mare parte a societății noastre nu dispune de cunoştințe autentice şi adecvate (iar uneori le ignoră) despre probleme atât de grave şi actuale precum avortul, cu toate fețele lui ascunse (avortul terapeutic, fertilizarea *in vitro*), efectul abortiv al contraceptivelor, gravele consecințe ale bolilor cu transmitere sexuală asupra sănătății, sau ingineria genetică folosită în detrimentul vieții. În schimb, se face o propagandă tot mai intensă în întreaga țară în favoarea metodelor contraceptive, ca metodă de prevenire a avortului, ignorând efectele lor secundare nefaste. În şcoli se derulează programele de educație sexuală care, în fapt, stimulează tineretul să înceapă viața sexuală mai repede; în cabinetele de planificare familială se oferă gratuit mijloace contraceptive elevelor şi studentelor; în cabinetele medicale, dispensare, policlinici, clinici particulare şi clinicile de Ginecologie se distribuie materiale informative pentru folosirea metodelor contraceptive şi abortive.

Am încercat să abordez din punct de vedere medical aceste probleme acute de bioetică cu intenția de a oferi *un posibil*

ghid pentru cei care doresc să se pună în slujba familiilor, mamelor, a copiilor nenăscuţi (militanţi pro-vita, preoţi, teologi, medici, farmacişti etc.) dar şi pentru cei care doresc să îşi schimbe atitudinea în faţa unor probleme vitale din viaţa noastră precum începutul vieţii umane; dezvoltarea embrionului şi a fătului; capcanele metodelor contraceptive; avortul şi urmările lui psihice (sindromul post-avort); avortul terapeutic – o terapie criminală; fertilizarea *in vitro* - o altă faţă necunoscută a avortului; homosexualitatea – un real pericol pentru familia creştină; bolile cu transmitere sexuală – o mare sursă de îmbolnăvire şi de infertilitate în rândul tinerilor etc.

În acest scop, *am folosit o metodă poate mai originală,* dar pe care o consider cea mai potrivită celor care doresc să cunoască mai amănunţit aceste aspecte de bioetică medicală şi creştină, prin prezentarea în paralel, *antitetic*, pro şi contra, a viziunii medicale moderne şi a celei medical-creştine. M-am folosit la alcătuirea comentariilor de vastele cunoştinţe şi experienţe ale unor medici (ginecologi, endocrinologi, pediatrii, medici de familie), profesori, psihologi, preoţi, teologi, atât din ţară cât şi străinătate. În ţările occidentale există numeroase scrieri despre elemente de bioetică creştină care mi-au fost de mare folos şi ale căror autori îmi sunt, în parte, cunoscuţi. Le mulţumesc pe această cale pentru materialele lor. La noi în ţară suntem la început de drum şi o aprofundare creştină a bioeticii se impune într-o ţară majoritar creştin ortodoxă.

Subliniez un fapt deosebit de important: *Nu doresc să-mi judec colegii, medicii, profesorii care ne îndrumă sau alte persoane*. Ca om şi medic creştin ortodox nu pot judeca pe nimeni, doar Dumnezeu o poate face. Dar cu toţii putem urî păcatul, putem lupta împotriva lui, şi suntem obligaţi să o facem, indiferent de forma acestuia, uneori foarte subtilă, de nerecunoscut pentru cineva neavizat. Descoperindu-l şi cunoscându-l sub toate aspectele distrugătoare, şi pentru suflet şi pentru trup, suntem

obligați să-l dezvăluim şi semenilor noştri pentru a-l putea evita. Dorința mea a fost şi este să-i sensibilizez pe colegii mei că Medicina tinde să-l înlocuiască pe Dumnezeu, pe însăşi Creatorul vieții şi al vindecării! Nu putem asista în tăcere la desacralizarea Medicinii şi să ne punem în slujba morții. Nu există nici un motiv pe lumea aceasta care să ne dea dreptul de a ucide un om creat de Dumnezeu. Noi nu creăm nimic, nici măcar o celulă vie. Noi doar asistăm şi susținem naşterea a ceea ce El a creat. Viața vine doar de la El.

Asociațiile Pro-Vita Ortodoxe din țară au conştientizat toate aceste probleme care au condus la criza actuală a familiei şi vocației parentale. Ele s-au constituit într-o *Federație Ortodoxă Pro-Vita* pentru a putea milita cu mai multă putere în cuvânt şi faptă pentru recunoaşterea vieții ca dar de la Dumnezeu şi împotriva păcatelor care ne distrug ceea ce avem mai valoros: familiile şi copiii noştri - viitorul acestui neam. *Ca membru al acestei Federații* mă consider datoare să contribui cu ceea ce pot şi mi-a dăruit Dumnezeu şi o fac cu toată iubirea pe care o am față de creația Lui – omul.

8 iulie 2008

dr. Christa Todea-Gross

CAPITOLUL I

CÂND ÎNCEPE VIAȚA? LA FECUNDAȚIE SAU LA IMPLANTAREA ÎN UTER A EMBRIONULUI?

Comentarii

Pentru a putea răspunde la această întrebare, am considerat necesară o descriere amănunțită a fecundației, a proceselor care o preced, a transportului oului fecundat spre uter şi a implantării acestuia în uter.

În materialul care urmează, am folosit literatură de specialitate (ginecologie, embriologie etc.), precum şi experiența bogată a unor medici renumiți din țară şi străinătate. Comentariile şi concluziile mele sunt introduse pe parcurs, în paralel cu materialul de specialitate.

Am considerat, de asemenea, ca fiind necesară şi foarte utilă descrierea acțiunii ascunse a metodelor contraceptive, şi anume cel abortiv, în toate fazele amintite mai sus.

Fecundația şi implantarea (nidația) în uter a embrionului
I. Fecundația şi fenomenele care o preced. Modificările produse de contraceptive

Definiție: *Fecundația sau fertilizarea* reprezintă fenomenul prin care spermatozoidul fuzionează cu ovocitul matur, producând oul sau zigotul, *începutul unui nou individ*[1].

[1] V. Luca, D. Nanu, M. Nanu, *Anticoncepție. Anticoncepționale*, Editura Medicală, Bucureşti, 1991, p. 36;

Comentariu

Fecundația şi concepția sunt doi termeni pe care oamenii îi cunosc ca fiind unul şi acelaşi lucru. Literatura de specialitate, însă, face o distincție între ei, aşa cum este redat mai jos: *fecundarea* este un şir de procese (în număr de 10), iar *concepția este ultimul proces, dar şi cel mai important, remarcând momentul în care se unesc cele două nuclee şi se formează o nouă ființă umană.*

A. Fenomenele care preced fecundația:

1. maturația celulei sexuale feminine – ovulul – care devine apt pentru a fi fecundat: are loc reducerea numărului de cromozomi la jumătate, de la 46 (cât are ovocitul de gradul I), la 23, formându-se ovocitul de gradul II – secundar. Acest proces are loc deja din viața intrauterină, se opreşte la naştere şi în copilărie şi se reia la pubertate, cu fiecare ciclu menstrual. Ovulul matur este o celulă de 150-200 de microni – cea mai mare celulă din organism[2].

2. maturația celulei sexuale masculine – spermatozoidul – care devine apt pentru a fecunda ovulul. Spermatogeneza la om durează 16 zile, dar este nevoie de 4-6 cicluri, deci de 74 de zile (ciclul spermatogenic), pentru ca o spermatogonie să dea naştere unui spermatozoid matur[3]. Evoluția spermatogenică se face în tubii seminiferi în valuri, ceea ce îi asigură continuitatea. Spermatogonia devine spermatidă sau spermatocit primar cu 46 de cromozomi, care se vor reduce la jumătate printr-o mitoză reducțională şi se vor forma doi spermatociți secundari, fiecare cu câte 23 de cromozomi. În stadiul final, spermatozoidul este o celulă de 60 microni, având *un cap* (porea cea mai voluminoasă, care conține nucleul cu cromozomii, deci materialul genetic!), *gâtul* sau colul (partea flexibilă dintre cap

---

[2] Ibidem, pp. 37-38;

[3] *Manual de planificare familială, Text de referință*, Editori: Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana, 2000, pp.3-19;

şi piesa intermediară), *piesa intermediară* (reprezentând centrala energetică a spermatozoidului) şi *coada* (o piesă lungă şi subțire care conferă mobilitate spermatozoidului). Un lichid spermatic normal are o cantitate de 2-5,5 ml / ejaculat, este de culoare opalescentă, lactescentă, neomogen, cu un miros specific cauzat de spermină şi un pH alcalin. Există un număr de *40-250 milioane spermatozoizi / cm cub*, dintre care forme normale au peste 80%, iar forme degenerate sub 20%. La temperatura camerei, 60-90% sunt mobili cu mobilitate maximă la 1-4 ore. Se poate *congela lichidul spermatic la -79ºC şi se păstrează activ o perioadă indefinită* (mai ales pentru fertilizarea in vitro)[4].

3. ovulația şi captarea ovulului – punerea în libertate a ovulului matur de către un folicul ovarian se face sub influența secreției hormonale (când hormonul LH ajunge la un vârf maxim), el este apoi captat de pavilionul trompei uterine prin *3 fenomene* importante: *motilitatea* specifică trompei, dependentă de un *echilibru hormonal estrogeno-progestativ* (estrogenii măresc peristaltismul tubar, sau contracțiile musculare, iar progesteronul îl diminuează); *curentul lichidian* în direcția peritoneu – trompă, rezultat din absorbția lichidului existent în mod normal aici de către trompa uterină, ceea ce explică de ce trompa poate culege un ovul chiar din ovarul contralateral; *procese biologice umoral-hormonale* necesare supraviețuirii şi transportului ovular. Estrogenii şi progesteronul creează mediul favorabil de dezvoltare a oului. *Sursele de energie* variază pe măsură ce dezvoltarea progresează. La început, oul utilizează doar piruvatul sau oxal acetatul, apoi glucoza şi proteinele aminoacizi, *toate furnizate de secrețiile tubare reglate de hormonii menționați.* În aceste secreții, se găsesc inclusiv enzimele necesare digestieiproteinelor şi lipidelor;

4. acuplarea sau copulația: act prin care lichidul seminal, ce conține milioane de spermatozoizi, este depus în organele

[4] V. Luca, *op. cit.*, pp. 39-40;

genitale feminine, respectiv în vagin, şi o cantitate destul de neînsemnată pe regiunea cervicală;

5. un complex de fenomene biologice care condiționează *ascensiunea spermatozoizilor* spre *treimea externă a trompei* – locul fecundației unde întâlnesc ovulul apt pentru fecundație. Ascensiunea spermatozoizilor *este favorizată* de secreția unor *hormoni* (*vasopresină şi ocitocină*), motilitatea nervoasă a tractului genital declanşată de *orgasm*, prostaglandinele (hormoni) resorbite din lichidul spermatic etc. În vagin, viabilitatea spermatică (mai ales la mijlocul ciclului, când pH-ul este cel mai scăzut), este limitată la câteva ore. Primele momente ale ascensiunii sunt legate atât de *calitatea spermatozoizilor*, cât şi de o serie de componente ale *lichidului spermatic* cu rol în activația spermatozoizilor. Pătrunderea în căile superioare se face rapid: astfel, în maxim 3 minute, ei ajung deja în uter, iar la 5 minute se află deja în trompele uterine dacă există mediu prielnic şi tubele nu sunt înfundate. Spermatozoizii ascensionează în orice fază a ciclului menstrual, dar la mijlocul ciclului, în perioada ovulației, este mult favorizată ascensiunea lor de către *vâscozitatea redusă a glerei cervicale*. În această fază, există o *concentrație maximă a estrogenilor, un pH alcalin maxim. În schimb, progesteronul produce obstacole în ascensiunea spermatozoizilor: creşte vâscozitatea glerei cervicale care devine impermeabilă, acesta fiind, de fapt, unul din efectele contraceptive ale progesteronului! Motilitatea spermatozoidului* este necesară atât pentru ascensiunea lui, cât şi pentru fecundație. În timpul orgasmului, *uterul are mişcări de coborâre şi aspirație a lichidului spermatic*. Foarte importantă este, însă, *motilitatea trompelor uterine* în ascensiunea spermatozoizilor, motilitate condiționată hormonal, după cum am arătat mai sus. În glera cervicală, spermatozoizii au supraviețuit şi 7 zile, iar în tuba uterină s-au găsit spermatozoizi viabili după 85 de ore de la însămânțare, dar motilitatea NU se suprapune fecundității, aceasta din urmă scăzând în 24-48 de ore. O

mare parte din spermatozoizi este fagocitată („înghițită") de către leucocite (globulele sanguine albe), astfel că, după 10-12 ore de le contactul sexual, apare un număr mare de leucocite în canalul cervical. Astfel, *spermatozoizii pot constitui un material antigenic (femeia creează anticorpi împotriva spermatozoizilor şi îi distruge) – cauza sterilității în infertilități imunologice!*[5] (Vezi imaginile 1 şi 2, p. 42)

B. Fecundația

– se desfăşoară în mai multe *etape:*

1. capacitația, prin care *spermatozoizii,* în timpul ascensiunii lor spre trompă, *suferă un ultim proces de maturație*; este un fenomen spontan, dar este mediat şi de către celulele foliculare din jurul ovulului, celule care au fost stimulate de hormoni;

2. contactul spermatozoidului cu ovulul: cel mai apropiat spermatozoid va penetra ovulul, *reacția de cuplare* fiind una imunologică (cu receptorii ovulari), existând, însă, şi o atracție chimică;

3. ataşarea spermatozoidului la membrana ovulului (zona pelucida), înainte de a o pătrunde. La 3 ore de la însămânțare, se văd mai mulți spermatozoizi în jurul ovulului, dar numai unul va pătrunde zona;

4. reacția acrozomului, adică *eliberarea unor enzime* de către spermatozoid, care vor uşura pătrunderea în ovul;

5. pătrunderea zonei pelucida a ovulului (membrana ovulului);

6. penetrația ovulului*: comportă trei faze: ataşarea, fuziunea şi încorporația spermatozoidului în ovul*; (Vezi imaginea 3, p. 42)

7. reacția corticală – blocarea polispermiei: în mod normal nu mai poate pătrunde un al doilea spermatozoid în ovul În cazuri rare, patologice, ovulul poate fi fecundat de doi spermatozoizi, caz în care embrionul va purta o tară genetică gravă;

8. activația: fenomene ce duc la formarea pronucleilor;

[5] Ibidem, pp. 41-42;

9. formarea pronucleilor: materialul cromozomial ce intră odată cu capul spermatozoidului în citoplasma ovulară este complet (23 de cromozomi), cromozomii se derulează, nucleul spermatozoidului este transformat într-un pronucleu cu un număr de 23 de cromozomi; în același timp și în același mod, nucleul ovocitului formează un pronucleu femel;

10. syngamsia sau concepția propriu-zisă: reprezintă stadiul final și cel mai important al fecundației, când amândoi pronucleii (masculin și feminin) cresc în mărime, migrează către centrul oului, își pierd membranele și își pun pe linia ecuatorială în comun seturile cromozomiale (23 + 23). *Din acest moment, se formează o nouă ființă umană cu număr diploid de cromozomi (46), dar cu genoame diferite!*[6] *Omul în stadiul de 1 celulă!* (Vezi imaginea 4, p. 42)

Comentarii

Acest nucleu *nu* este deci identic nici cu cel al mamei, nici cu cel al tatălui. Toate caracterele copilului sunt cuprinse în acest nou nucleu, motiv pentru care nicio mamă nu are dreptul să-l considere „doar al ei". În consecință, acest copil va fi un *individ nou, unic, nerepetabil*, care ar trebui să aibă și un statut de persoană umană. Din nefericire legile noastre nu consideră că este necesar și spre folosul lui acest lucru.

Această nouă ființă umană nu se formează doar datorită faptului că se unesc cei doi nuclei (vezi faza „a 10-a" a fecundației), ci mai ales *datorită însuflețirii sale instantanee* de către Dumnezeu, așa cum remarcă Sfinții Părinți latini și răsăriteni. Din acest moment, „oul", noul om, poartă întreg bagajul genetic nou dat de către cei doi părinți.

Metodele contraceptive și abortive acționează în faza de captare a ovulului de către trompă, deoarece *progesteronul scade motilitatea trompelor* și *reduce secreția tubei*

[6] Ibidem, pp. 44-47;

uterine care hrăneşte embrionul, ducând, astfel, la moartea acestuia (*efectul abortiv al contraceptivelor*), atât din cauza lipsei de hrană, cât şi din cauza opririi lui în tuba uterină, unde nu se poate implanta. În cazul în care, totuşi, se implantează aici, va rezulta o *sarcină extrauterină*, respectiv tubară, care va pune în pericol viața mamei.

Ascensiunea spermatozoizilor este, de asemenea, afectată de folosirea contraceptivelor, fiind *încetinită sau oprită* de către progesteron. Este un efect contraceptiv, şi nu abortiv.

Spermicidele au efect contraceptiv şi sunt folosite atât în construcția prezervativului (ele fiind îmbibate cu această substanță), cât şi de către femei sub formă de geluri, tablete, creme etc., având scopul de a distruge spermatozoizii şi a le scădea implicit mobilitatea, deci ascensiunea lor. Spermicidele acționează prin intermediul unei substanțe chimice toxice, numită *Nonoxinol 9, care este toxică* atât pentru spermatozoid, după cum am arătat mai sus, cât *şi pentru femeie*, deoarece, absorbit în sânge, îi poate provoca alergii, fiind şi *teratogen pentru copil, provocând malformații*. „Astfel, se pot produce leziuni moleculare în spermatozoizi şi modificări ale structurii ADN. În cazul unei fecundări, acestea conduc la malformații ale zigotului. Până în prezent nu s-au semnalat, totuşi, naşteri cu malformații, pentru că, oricum, embrionii astfel apăruți se elimină de regulă prin avort timpuriu. Aşadar, şi în acest caz ne aflăm în fața unui efect abortiv, care nu fusese identificat ca atare până în prezent”[7].

---

[7] Dr. med. Rudolf Ehmann – medic primar ginecologie obstetricală spitalul cantonal Stans, Elveția, CH – 6370, în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepționale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog*, Articolul este textul lărgit şi revăzut al conferinței susținute de dr. Rudolf Ehmann pe 22.09.1990 la Dresda, la Congresul internațional „World Federation of Doctors Who Respect Human Life”, p. 11;

II. Implantarea în uter şi fenomenele premergătoare. Modificările produse de contraceptive.

A. Fenomenele care preced implantarea (nidația):

1. Transportul oului: acesta rămâne în treimea externă a trompei uterine (ampulă) aproximativ *72 de ore*, după care începe să migreze spre uter.

Segmentarea: noua celulă se segmentează prin mitoză (diviziune), care are loc după 35-38 ore de la penetrația spermatozoidului în ovul, formând 2 celule. Mitozele următoare se succed rapid: la 45 de ore va avea *4 celule*, la 66 de ore *8 celule*, la sfârşitul celei de a 3-a zi va avea *16 celule*[8]. În această fază, se numeşte *morulă, având 8-16 celule,* când ajunge la cavitatea uterină. Fiecare celulă, din acest moment, se numeşte *celulă stem.*

Comentariu

Celulele stem embrionare, prin definiție, sunt acele celule embrionare provenite din primul stadiu al dezvoltării umane. Un embrion care are între 3 şi 5 zile, conține celule stem angajate în crearea diferitelor țesuturi şi organe pentru viitorul făt. Trebuie specificat faptul că celulele stem ale unui embrion pot da naştere oricărei celule, oricărui țesut sau organ din corpul fătului. Spre deosebire de o celulă obişnuită, care se poate diviza şi da naştere unei noi celule, dar de acelaşi tip, celulele stem sunt pluripotente, adică, prin diviziune, ele pot da naştere oricărui tip de celule din cele *220 de celule diferite* existente în corpul uman. Celulele stem au şi capacitatea de a se reînnoi, se pot autoreproduce de mai multe ori. Am dat această explicație pentru a se înțelege mai bine importanța celor 14 zile de preimplantare, când pot fi extrase aceste celule din embrion sau chiar făcute experiențe pe el, fără ca acest lucru să fie considerat vătămare sau distrugere a unei vieți.

---

[8] V. Luca, D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, pp. 44-47;

Trecerea oului prin trompă (3-4 zile) este favorizată de către secreția hormonilor estrogeni care cresc peristaltismul, adică contracțiile trompelor uterine, şi grăbesc transportul oului spre uter. La *transportul oului,* contribuie mult nişte cili ai mucoasei trompelor, precum şi lichidul secretat la acest nivel, la fel ca şi unele prostaglandine (hormoni) etc. În timpul trecerii prin trompă, se **hrăneşte** prin schimburi nutritive de la acest nivel (glicogen care se descompune în aminoacizi şi glucide).[89] (Vezi imaginile 5 şi 6, p. 43)

În **uter,** morula acumulează lichid, formându-se o cavitate în interior, luând denumirea de **blastocist,** care, apoi, se va implanta în uter**.**

Comentarii

Până în acest moment (cele 10-14 zile de la concepție), produsul de concepție NU este considerat un embrion, deci COPIL, ci doar din momentul implantării lui în uter, când se formează placenta şi încep schimburile nutritive prin vasele sanguine cu mama.

Se pune întrebarea: *„De ce nu este recunoscută existența omului din momentul concepției de către Disciplina Medicală?"*

Iată câteva răspunsuri:

„S-a căutat ani de zile să se ascundă efectul de avort timpuriu al pilulei şi al spiralei, ştiindu-se foarte bine că o divulgare promptă a acestui fapt ar fi determinat multe femei să se abțină de la folosirea pilulei" afirmă Prof. Dr. Rudolf Ehmann din Elveția în renumita sa scriere „Concepte". Acest medic, îşi continuă ideea, afirmând: „Această tactică face parte din arsenalul managementului şi este sintetizată în formula „Verbal engineering precedes social engineering", adică „Manipularea prin limbaj – manipulare a societății"[10].

[9] Ibidem, p. 47;
[10] Dr. med. Rudolf Ehmann, *op. cit.*, p. 19;

Următorul exemplu ne arată aceasta foarte limpede: Un grup de ginecologi din mai multe țări, întruniți în cursul anilor ’60 (anul introducerii contraceptivelor hormonale şi a steriletului pe piață), „fixa” drept „început” al vieții omului implantarea, deci şi definirea începutului stării de sarcină începând cu acest moment. În acest fel, *primele 14 zile după fecundare rămân fără nicio apărare!* Pe vremea aceea, această doctrină era importantă pentru modul de acțiune abortiv al spiralei, care era deja binecunoscut grupului respectiv[11].

Nu este greu de tras o concluzie foarte importantă: medicina a avut nevoie de acest compromis pentru a putea justifica folosirea metodelor contraceptive şi, mai ales, avortive, în această perioadă de preimplantare, dar şi pentru justificarea tuturor tehnicilor ce urmau să se efectueze în viitor: fertilizarea in vitro / teste pe embrioni / experimente pe embrioni / stabilirea stării de sănătate sau boală a embrionilor prin teste genetice, embrionii considerați bolnavi fiind eliminați / folosirea steriletului şi a unor substanțe chimice pentru eliminarea embrionilor sănătoşi, dar nedoriți etc. Acest compromis al medicinii s-a putut face doar prin manipularea limbajului şi a societății, inclusiv al studenților de medicină şi, în consecință, a medicilor.

Metodele contraceptive şi avortive au efect înainte de implantare, deci în cele 10-14 zile de la concepție. Diferitele lor efecte duc la eliminarea embrionului, deci la avortul hormonal. Am denumit *avortul hormonal* ca fiind acel *„avort produs de către pilula contraceptivă hormonală (estrogen şi / sau progesteron), avort ce are loc timpuriu, în primele 14 zile de viață a embrionului, deci înainte de implantarea lui în uter”.* Acest avort este definit în literatura de specialitate ca fiind o „pierdere”. Efectul abortiv al pilulei prin acțiunea ei asupra uterului, a trompelor uterine şi direct asupra embrionului este descris în capitolul V. „Metode contraceptive şi abortive”.

[11] Ibidem;

Pentru *fertilizarea in vitro*, această graniță a celor 14 zile este de foarte mare importanță. Într-adevăr, fertilizarea in vitro lucrează cu embrioni ca materie primă şi, în unele țări, în acest interval de timp este permisă utilizarea embrionului în scopuri de cercetare. În timpul fertilizării „in vitro”, embrionii rezultați prin punerea în contact (în condiții speciale create în laborator) a mai multor ovule recoltate de la femeie cu spermatozoizii recoltați de la bărbat, trebuie implantați în primele 3 zile în uter. Acest lucru se întâmplă când oul fecundat are aproximativ 5-8 celule şi când încă nu este considerat embrion. De aceea, dacă unul sau chiar toți embrionii sunt „eliminați”, nu va fi considerat avort. Având în vedere că şansa de reuşită în cazul unei fertilizări in vitro este de max. 25%, după unii autori chiar de 10%, avem câteva avorturi la fiecare fertilizare. Si asta se întâmplă fiindcă dorim cu orice preț un copil, chiar şi cu cel al vieții altor câțiva frați. Tot în acest interval de 14 zile până la nidație, se fac unele *cercetări pe embrioni*, în urma cărora ei decedează. De asemenea, dacă se implantează în uter mai puțini embrioni decât se „produc în eprubetă”, restul fie sunt congelați, fie sunt distruşi sau sunt supuşi unor teste şi/sau experimente (vezi cap. VIII. „Fertilizarea in vitro”).

Tot în această perioadă de *prenidație* se practică diagnosticul genetic al embrionilor obținuți prin fertilizarea in vitro. Acest diagnostic, numit *Diagnostic genetic de preimplantare*, este folosit de cuplurile cu risc crescut de transmitere a unui defect genetic, care doresc să se asigure de naşterea unui copil sănătos. Această analiză genetică implică analiza unei singure celule, luate prin biopsia unui embrion obținut in vitro. Cu un ac special, sub microscop, se scoate o celulă din cele 5, 6 sau 7 celule, care apoi este supusă unui test genetic. Dacă se constată că acest embrion are o tară genetică, el va fi distrus, fără a fi considerat omorârea unui omChiar şi în cazul în care embrionul este sănătos, testul compor-

tă totuşi un risc major, embrionul putând fi distrus. Şi în cazurile în care embrionul se menține, este totuşi imposibil de afirmat cu certitudine dacă el va supraviețui sau că nu va fi bolnav (vezi cap. VII. Sarcina cu risc genetic. Avortul terapeutic).

Devine vizibilă aici o foarte bine închegată ideologie a valorii şi non-valorii (Wert-Umwert-Ideologie), pe care *sociologul Gerlinda Smauz* a sintetizat-o, într-un text din 1983, în felul următor: *„Când trebuie ucişi oameni, li se atribuie mai întâi prin definiție un statut inferior, non-uman. Este şi cazul fetusului: pentru a-l putea ucide legal în trupul mamei, se decide că nu i se vor recunoaşte niciun fel de calități specifice omului*. Ideea se aplică, desigur, şi pentru oul omenesc fecundat până la realizarea completă a implantării, datorită faptului că începutul vieții omului s-a stabilit, din motive pur utilitariste, să fie considerat la sfârşitul implantări"[12].

2. Oprirea oului: în condiții necorespunzătoare**,** respectiv sterilet, concentrație mare de estrogeni etc., oul poate fi expulzat.

3. Orientarea oului: la femeie se păstrează filogenetic situarea oului pe linia mediană a uterului;

4. Adeziunea: oprit la un anumit nivel al tubului uterin, oul nu se implantează imediat, el stă lipit de endometru, înconjurat de lichidul secretat de către glandele mucoasei uterine (endometriale), pentru **3-4 zile,** timp în care evoluția lui continuă de la stadiul de morulă la **blastocist –** în **a 6-a, a 7-a zi de la fecundație**. Această ataşare la mucoasă, înainte de implantare, este un fenomen fizico-chimic realizat prin **alcalinizarea** mediului local. Prin alcalinizare, respectiv creşterea pH-ului local, *învelişul oului devine lipicios, aderent, fenomen demonstrat şi „in vitro"*[13].

[12] Ibidem;
[13] V. Luca, *op. cit.*, pp. 47-48;

Comentariu

În orice loc al traseului pe care îl urmează embrionul spre uter (îl putem numi embrion fiind om de la concepție, iar termenul de „ou" este cu totul nepotrivit), pot apărea „condiții neprielnice", adică abortive, care să ducă la expulzarea lui, deci la avort. După cum am arătat anterior, acest lucru se poate întâmpla când este o concentrație mare de hormoni estrogeni, fenomen ce apare în urma consumului de contraceptive hormonale combinate (în aceste cazuri este vorba de avort hormonal) sau dacă în uter există un sterilet care, atât din punct de vedere mecanic, va împiedica implantarea, cât şi din cauza hormonilor ataşați de el (în acest caz putem vorbi de avort hormonal şi mecanic) – vezi cap. V. Metode contraceptive şi abortive.

B. Implantarea în uter: (vezi imaginea 7, p. 43)

După 5-7 zile de la concepție, ***blastocistul*** începe să se implanteze (nideze) în uter, necesitând aproximativ 7 zile până la nidarea completă. Se scurg deci 10-14 zile (în medie *2 săptămâni*) de la fecundație până în acest moment când embrionul, pătruns practic în mucoasa uterină, începe să se hrănească de la mamă prin intermediul vaselor sanguine. Acest lucru se realizează datorită formării placentei prin unirea unei părți a embrionului (trofoblast) cu mucoasa uterină a mamei. Este important de remarcat faptul că această unire comportă un *fenomen unic*, observat doar în această situație: *nucleii a două țesuturi diferite, respectiv al copilului şi al mamei, împart aceeaşi citoplasmă fără a produce un rejet* (!) cum se întâmplă la un transplant al unui țesut străin. Există, în mod paradoxal, o *toleranță imunologică a mamei față de un țesut străin!* În final, se realizează un echilibru între cele două părți, se formează placenta care va fi învelişul embrionului prin care se va hrăni de la mamă, dar care va avea şi rol de apărare.

Implantarea în uter se face în mai multe etape:

1. *Penetrația:* oul pătrunde printr-o zonă redusă a endometrului unde va căpăta legăturile vasculare necesare hrănirii „hemotrofe”, adică prin intermediul sângelui, până la acest moment el hrănindu-se „histiotrof”, adică prin intermediul secrețiilor. Zona de penetrare se vindecă şi embrionul încorporat în mucoasa uterină determină o modificare a aspectului mucoasei la acest nivel, care devine o parte din viitoarea placentă.

2. *Răspândirea:* se referă de fapt la invazia endometrului;

3. *Fuziunea* trofoblastului (placentei) cu mucoasa uterină: *nucleii a două țesuturi diferite, respectiv a copilului şi al mamei, împart aceeaşi citoplasmă fără a produce un rejet* (!) cum se întâmplă la un transplant al unui țesut străin. Există în mod paradoxal o *toleranță imunologică a mamei față de un țesut străin!*

4. *Migrația:* Blastocistul migrează prin mucoasa uterină, vor fi erodate vasele sanguine materne, iar primele conexiuni cu vasele sanguine se petrec la aproximativ *10-14 zile de la fecundație.*

5. *Oprirea invaziei:* Stabilirea unui echilibru între embrion (blastocist) şi mediul matern opreşte invazia endometrului, pH-ul mediu se normalizează etc.[14].

Comentarii

În condiții prielnice, are loc implantarea, realizându-se un echilibru perfect între copil şi mama care NU îl va respinge, deşi este un țesut „străin” din punct de vedere histologic.

Această *„anomalie imunologică”, neexplicată ştiințific,* nu poate fi decât o minune lăsată de Dumnezeu şi care ne arată într-un fel că viața noastră începe cu o minune nevăzută şi continuă cu multe altele din pântecele mamei şi până la naştere.

Literatura de specialitate neagă acest lung şir de minuni prin faptul că NU consideră acest ou a fi o sarcină, de la con-

[14] Ibidem, pp. 49-51;

cepție și până la nidație, ci doar după nidație, după ce se stabilesc legăturile sanguine cu mama – un lucru total absurd fiindcă și până atunci se hrănește, există, se dezvoltă, crește, după cum am arătat mai sus.

Motivul pentru care, în acest interval, de la concepție și până la nidație, medicina modernă vorbește de „ou" sau „morulă" sau „blastulă", dar nu de un embrion, copil sau sarcină, nu este altul decât necesitatea unui compromis care să poată dezvinovăți știința medicală de *avortul hormonal*, de *experiențele* efectuate pe embrion în cele 14 zile, de avorturile realizate în cadrul *fertilizării in vitro*, de recoltarea *celulelor stem* etc. Astfel, toate avorturile care au loc în acest timp, în aceste 10-14 zile de la concepție, din cauza metodelor contraceptive și abortive (pilula contraceptivă, pilula de a doua zi, RU 486 etc.) *nu* vor fi considerate decât niște *„pierderi"* fără importanță a unor „gheme de celule", cum este frecvent caracterizat copilul în alte cărți. Tot în acest timp, se avortează majoritatea embrionilor implantați prin metoda fertilizării in vitro. Și acestea sunt numite „pierderi".

Avortul realizat prin metodele contraceptive poate avea loc și *după implantare*. Aceste metode sunt:

– *Pilula de a doua zi (de urgență)* reprezintă o doză mare de hormoni care se administrează în primele 3 zile de la concepție. Este abortivă deoarece acționează când embrionul deja există. Pilula nu acționează asupra embrionului în mod direct, ci asupra mucoasei uterine pe care o usucă și asupra trompei uterine, încetinind transportul spre uter. În consecință, embrionul, în cele 10-14 zile de la concepția lui, nu se mai poate nida (implanta) în uter, unde găsește o mucoasă uscată (atrofiată) și va muri, fiind eliminat (Vezi cap. V. Metode contraceptive și abortive).

– *Antihormonul RU 486* acționează doar după concepție, dar el își prelungește acțiunea abortivă până la 49 de zile! Acest RU 486, de fapt, blochează hormonul progesteron, de care are nevoie copilul și placenta care

îl hrăneşte, provocând uscarea placentei, desprinderea ei de pereții uterini, şi moartea copilului în 48 de ore. Modificările pe care acest hormon le produce sunt descrise în capitolul V „Metode contraceptive şi abortive”.

– *Steriletul* acționează atât înainte, cât şi după implantare, dar efectul lui contraceptiv este neînsemnat în comparație cu cel abortiv. El acționează mai ales după concepție, eliminând copilul, producând un avort mecanic şi hormonal (cap. V „Metode contraceptive şi abortive”).

Când începe viața?

Răspunsul dat de medici renumiți:

La începutul secolului nostru, *profesorul Prenant*, inițiatorul endocrinologiei sexuale, spunea: „Embrionul se formează, dacă nu chiar se animează (se însuflețeşte), din momentul în care doi nuclei, mascul şi femel, se unesc pentru a-i da naştere. Din acest moment, orice practică nu mai este anticoncepțională, ci *postconcepțională*: orice profilaxie devine atunci un mic asasinat motivat de micimea victimei, simplă celulă la început, o masă celulară microscopică ulterior”. El continuă: „Acest asasinat este cu atât mai grav, cu cât este premeditat şi victima luată prin surprindere, mai odios decât un altul pentru că victima este lovită în întuneric şi pentru că ea nu poate scoate nici chiar un strigăt, un plânset, pentru a-şi apăra dreptul său la existență, pentru a implora milă de la mama care îl omoară…”[15].

Prof. dr. Mina Minovici arăta că „o propagandă anticoncepțională, prin repercusiune, este o propagandă criminală în favoarea avortului, atunci când dau greş mijloacele întrebuințate pentru împiedicarea impregnării”.

Prof. dr. Balthasar Staehelin, medic psihiatru şi psihoterapeut din Zürich, Elveția, afirmă: „Practica noastră

[15] Dr. Vasile Luca, *Avortul provocat,* Medicina pentru toți, nr. 69, ed. 1987, p. 5;

psihoterapeutică arată că trupul se găseşte în strânsă relație cu psihicul său prin Duhul lui Dumnezeu. Fiecare om şi fiecare embrion poartă în sine încă din momentul concepției chipul lui Hristos. Aşadar, însuflețirea omului are loc din momentul concepției, şi nu mai târziu în cursul sarcinii"[16].

Prof. dr. Rudolf Ehmann, medic ginecolog şi director la Clinica de Obstetrică – Ginecologie a Spitalului Cantonal Stans din Elveția, declară: „Viața copilului îi aparține şi nu avem dreptul de a decide asupra ei. Nu am nicio îndoială că omul îşi începe existența din momentul concepției, a contopirii spermatozoidului cu ovulul. O dovadă ştiințifică pentru acest fapt este fecundarea in vitro. Orice altă definire a începutului vieții este nefondată [17].

Prof. dr. Erich Blechschmidt, embriolog şi anatomist german de renume mondial din Göttingen, remarca în lucrarea sa despre începutul vieții umane, că „omul nu devine om, ci este om de la început. El este om în fiecare moment al dezvoltării sale, începând de la concepție [...]. Deja prima celulă (oul fecundat) este un individ uman. Acest lucru este demonstrabil prin cercetarea nucleului şi a cromozomilor pe care le conține"[18].

III. Pregătirea şi reacția mucoasei uterine

– după fecundare, mucoasa uterină se pregăteşte *de implantare*. Astfel, au loc mai multe modificări la nivelul endometrului: creşte secreția unor hormoni necesari implantării (gonadotrofine coriale), hormoni care vor forma aşa-zisul *corp galben de sarcină* care va secreta hormoni estrogeni şi progesteron, absolut necesari implantării;

[16] Pius Stössel, *Myriam, de ce plângi? – Trauma avortului*, Editura Ariel în colaborare cu Fundația Pro Vita Medica Timişoara, 1998, p. 131;
[17] Dr. med. Rudolf Ehmann, *op. cit.*, p. 20;
[18] Erich Blechschmidt, *Wie beginnt das menschliche Leben. Vom Ei zum Embryo*, Christiana Verlag, Elveția, 2008, p. 31;

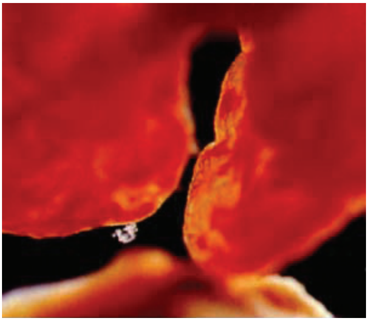
– în continuare, mucoasa uterină, *sub influența hormonilor estrogen şi progesteron* (secretați de corpul galben de sarcină), secretă şi *proteine, enzime, prolactină* etc., toate indispensabile protecției, nutriției şi implantării embrionului;

– în timpul implantării, au loc şi *procese imunologice*: toleranța copilului de către mamă, embrionul fiind considerat ca o „grefă”, dar secretul acestei toleranțe imunologice încă nu a putut fi elucidat; se crede că există o relativă supresie a răspunsului imun din partea mamei[19].

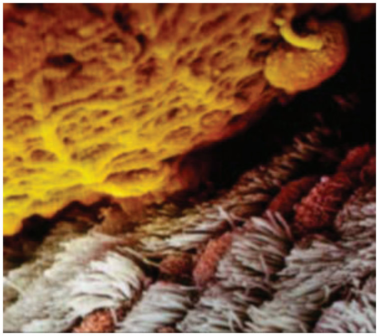
Comentariu

Modificările, descrise mai sus, de la nivelul mucoasei uterine în vederea implantării embrionului după fecundare *nu* mai au loc în cazul utilizării contraceptivelor, a pilulei de a doua zi, a antihormonului RU 486 sau dacă în uter este un sterilet. Acțiunea lor a fost descrisă anterior. Endometrul devine sub acțiunea lor, un mediu impropriu implantării, motiv pentru care embrionul va fi eliminat, deci *avortat*.

[19] V. Luca, D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 53.



Imaginea 1:
Preluarea ovulului de către trompa uterină

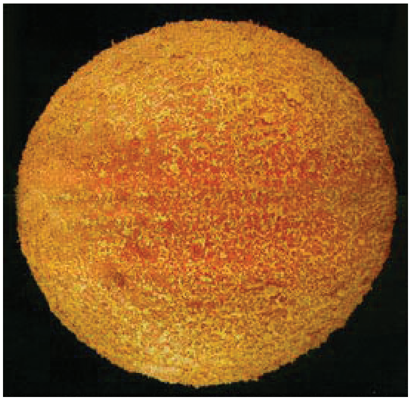


Imaginea 2:
Ovulul migrează prin trompă

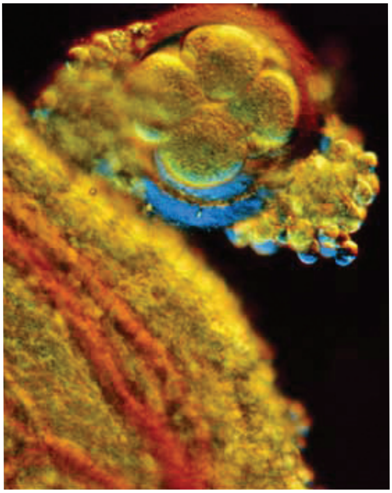
Sursa: http://www.pro-leben.de/abtr/entwicklung1.php)



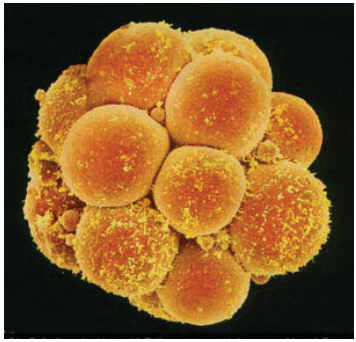
Imaginea 3:
Penetrația ovulului
sursa: (http://www.primulpas.ro.org/decizie/primele12)



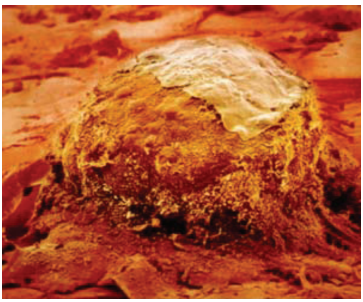
Imaginea 4:
Omul în stadiul de o celula
http://www.pro-leben.de/abtr/entwicklung1.php



Imaginea 5: Deplasarea oului prin trompa uterină
Sursa: Imagine: http://pro-leben.de/abtr/entwicklung2.php



Imaginea 6:
Morulă: 16 celule
Sursa: Imagine: http://pro-leben.de/abtr/entwicklung2.php



Imaginea 7:
Implantarea în ovul
Sursa: http://www.pro-leben.de/abtr/entwicklung2.php

CAPITOLUL II

DEZVOLTAREA EMBRIONARĂ ŞI FETALĂ. STATUTUL EMBRIONULUI

COMENTARIU

Deşi dezvoltarea embrionului, de la concepţie şi până la naştere, este un proces continuu, fără întreruperi, se impune, pentru o mai bună înţelegere, o clasificare a diferitelor sale faze.

Am pus accent în special pe prima fază, cea de la concepţie până la implantarea în uter, fază care are anumite particularităţi şi care, după cum am subliniat în primul capitol, ne arată că *viaţa omului începe în momentul fecundaţiei*, şi nu când se implantează în uter după 10-14 zile de la fecundaţie.

Numim embrion noua fiinţă umană, de la concepţie până la 8 săptămâni, după care aceasta poartă denumirea de făt.

Faza I: de la concepţie până la nidaţie;

Faza a II-a: de la nidaţie până la 3 luni;

Faza a III-a: 3 – 9 luni.

Faza I: de la concepţie până la nidaţie

(Vezi imaginile 1 şi 2, p. 55)

Comentariu

Fecundația, transportul oului fecundat în uter şi implantarea lui au fost descrise în cap. I, motiv pentru care voi accentua doar cele mai importante momente.

Concepția propriu-zisă: Aceasta reprezintă stadiul final şi cel mai important al fecundației, când amândoi pronucleii (masculin şi feminin) cresc în mărime, migrează către centrul oului, îşi pierd membranele şi îşi pun pe linia ecuatorială în comun seturile cromozomiale (23 + 23). *Din acest moment, se formează o nouă ființă umană cu număr diploid de cromozomi (46), dar cu genoame diferite!*[1]

Transportul oului fecundat: În primele 3 zile de la concepție, embrionul rămâne încă în trompa uterină, timp în care se divide. Trompa uterină prezintă nişte firişoare care sunt orientate spre uter şi favorizează înaintarea lui în această direcție. Musculatura trompelor se contractă din când în când şi ajută ca embrionul să ajungă în uter[2]. (Vezi imaginile 3 şi 4, p. 55)

Segmentarea, adică diviziunea oului fecundat, are loc în felul următor: oul fecundat rămâne în *treimea* externă a trompei uterine aproximativ 72 de ore, după care începe să migreze spre uter. Noua celulă diploidă se segmentează prin mitoză (diviziune), care are loc după 35-38 ore de la penetrația spermatozoidului în ovul, ducând la 2 celule, mitozele următoare succedându-se rapid: la 45 de ore va avea *4 celule*, la 66 de ore *8 celule*, iar la sfârşitul celei de a 3-a zi va avea *16 celule.* În această fază, el se numeşte *morulă, având 8-16 celule* când ajunge la cavitatea uterină[3].

Până acum, s-au scurs aproximativ 7 zile de la concepție. Pentru implantarea definitivă în mucoasa uterină, embrionul

---

[1] V. Luca, D. Nanu, M. Nanu, *Anticoncepție. Anticoncepționale*, Editura Medicală, Bucureşti, 1991, pp. 44-47;

[2] http://www.pro-leben.de/abtr/entwicklung2.php ;

[3] V. Luca, D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, pp. 44-47;

mai necesită aproximativ tot atâtea zile, deci după 10-14 zile el este nidat. (Vezi imaginea 5, p. 56)

Comentarii

Literatura de specialitate *nu îl numeşte embrion în această fază* din motivele enumerate în cap. I.

Statutul embrionului uman a fost enunțat la *Raportul Warnock din 1984*, prezentat de Comisia de cercetare asupra fecundației umane şi a embriologiei, şi a stârnit numeroase controverse. Astfel, Raportul afirmă că *„odată consumată fecundația, procesele succesive de dezvoltare se desfăşoară într-o ordine sistematică. Odată inițiat procesul, toate fazele dezvoltării sale au aceeaşi importanță; sunt toate momente ale unui proces continuu şi dacă oricare dintre faze nu are loc în mod normal, la timpul stabilit şi în secvența potrivită, se întrerupe procesul de dezvoltare"*[4]. „Cu toate acestea, documentul evită să răspundă la întrebarea: Când începe viața umană? sau: când devine embrionul om? E clar că *documentul nu reține că viața umană începe în momentul fecundației*, ci într-o fază succesivă. *Cu alte cuvinte, un „embriocid" nu echivalează cu un „omicid", cel puțin nu în toate fazele sale, fapt pentru care încurajează experimentele ce au ca rezultat distrugerea embrionilor.* Raportul afirmă, de asemenea, că experimentele care periclitează integritatea şi viața embrionului sunt admise până la 14 zile de la concepție, iar ca argument indică stria primitivă drept început al dezvoltării individuale a embrionului. De aceea, au şi inventat un nou termen, acela de *„pre-embrion"*, avansând ipoteza că, în cele 14 zile de la concepție, embrionul nu e un organism individual"[5]. În felul acesta, ar trebui să existe undeva o discontinuitate pe parcursul evoluției

[4] *Warnock Report. Report of the Committee of Inquire into human fertilization and embryology, Departament of Health and Social Security,* London, 1984, p. 65;
[5] Părintele Juvenalie, *Teroriştii uterului. Terorism ştiințific şi etica începuturilor vieții. Eseu de bioetică a gestației,* Editura Anastasia, Bucureşti, 2002, pp. 241-242;

embrionului, ceea ce însă au negat, deci se pleacă de la premise greşite.

Faza a II-a: de la implantare până la 3 luni

Această fază este împărțită în diferite stadii de dezvoltare, pentru o mai bună vizualizare şi înțelegere a ei. (Vezi imaginea 6, p. 56)

Datorită hormonilor ovarieni (estrogen şi progesteron), mucoasa uterină este foarte bine pregătită să primească oul fecundat. Cu toate acestea, este nevoie de câteva zile pentru ca el să-şi găsească un loc potrivit în uter. Odată ajuns, blastocistul ia contact cu mucoasa uterină, începe un intens schimb de informații chimice între el şi mamă. Hormonii existenți în interiorul blastoscistului ajung în sângele mamei, ei putând fi depistați prin analize. Ovarul mamei secretă acum progesteron, care ajunge la creier şi-l informează să oprească ciclul menstrual şi să pregătească uterul pentru o sarcină.

După ce blastocistul ia contact cu mucoasa uterină, au loc importante modificări locale: mucoasa uterină se îngroaşă, colul uterin se astupă cu un dop de mucus, musculatura uterină devine mai moale şi mai elastică, toate acestea fiind necesare pentru a crea un mediu favorabil dezvoltării embrionului. Sub mucoasa uterină, vasele de sânge îşi caută un drum spre suprafață pentru a înlesni nutriția embrionului.

Dacă privim mai de aproape, putem să observăm că celulele încep să diferențieze ca mărime datorită începerii diferențierii celulare. Până în stadiul de 8 celule, acestea erau identice. Cu toate acestea, fiecare celulă are stocată în ea informația a ceea ce va deveni, adică ce organ al corpului.

Comentarii

Prin procesul de implantare, embrionul, în vârstă de aproximativ 7 zile, va intra în contact indirect cu sân-

gele mamei pentru a se hrăni, până la acel moment el hrănindu-se prin intermediul secrețiilor de la nivelul mucoasei trompei uterine şi apoi a uterului. Astfel, se formează placenta, care are două părți: una maternă şi una fetală. *Cele două părți nu vor face schimb de sânge, ci doar de substanțe nutritive şi oxigen, deci NU se va amesteca sângele mamei cu cel al copilului.* Placenta îl va apăra de acum încolo, până la naştere, de traume mecanice şi intemperii. Din păcate însă, nu este întotdeauna aşa. *Au fost inventate metode abortive care să-l distrugă şi în această fază, folosind un antihormon (antiprogesteron), respectiv RU 486, care poate avorta copilul între 14 şi 49 de zile!* (vezi cap. V: Metode contraceptive şi abortive). Această substanță chimică distruge de fapt placenta, o „usucă", iar embrionul se „sufocă" fără substanțele hrănitoare care vin de la placentă. De asemenea, *steriletul prezent în uter nu va lăsa să se formeze placenta şi deci să se implanteze embrionul în uter. Îl va expulza, adică îl va avorta.* Placenta (partea embrionară, respectiv corionul) secretă în acest timp un hormon care se elimină prin urină şi care ne ajută la detectarea timpurie a sarcinii. Aşa-zisul *test de sarcină* devine pozitiv datorită prezenței în urină al acestui hormon numit *HCG* (gonadotropină corionică).

Nu a existat în tot acest timp niciun moment „minune" în care oul fecundat să se fi transformat brusc dintr-o celulă sau pre-embrion în embrion, cum încearcă autoritățile în domeniu să ne convingă. Toate procesele au decurs în mod continuu, fără nicio întrerupere, motiv pentru care nu putem să nu-l considerăm de la început (din momentul concepției) un embrion, o ființă umană. Acest embrion ar trebui să aibă dreptul la un statut de persoană la fel ca şi un om născut.

Embrion la 3 săptămâni: 2,5 mm

În ziua a 14-a, embrionul s-a implantat cu succes şi, din acest moment, începe diferențierea celulelor. Vedem acum că

se stabileşte o linie de mijloc primară, sub forma unei scizuri în cadrul embrionului în formare. Aceasta primă linie medială este numită *„linia primitivă"*, din care se formează 3 straturi de celule diferențiate: ectoderm, mesoderm şi endoderm. Din aceste trei straturi de celule, se vor dezvolta toate părțile corpului uman.

Din stratul extern (ectoderm) se dezvoltă tubul neural din care vor lua naştere măduva spinării, nervii şi creierul, precum şi pielea şi glandele sebacee şi sudoripare. Organele interne: ficat, plămâni, intestine şi rinichi se dezvoltă din stratul mijlociu (mezoderm). Stratul intern (endodermul) va da naştere ovarelor, testiculelor, vaselor sanguine şi limfatice. [...] În acest timp, mama află că nu mai are ciclu menstrual. (vezi imaginea 7, p. 56)

Embrion la 4 săptămâni: 0,6 cm

Între timp, se distinge foarte clar că omul este un „vertebrat". De o parte şi de alta a tubului neural, se formează 40 de segmente mici. Din aceste segmente, 32 sau, uneori, 33 se transformă în vertebre, iar ultimele segmente (sau „coada") vor regresa. Din cele 12 segmente de la nivelul toracelui se formează coastele, menținute între ele de țaesut elastic şi muşchi. [...] Inima embrionului pompează sânge spre ficat şi artera principală. (Vezi imaginea 8 p. 56 şi imaginea 9, p. 57)

Embrion la 5 săptămâni: 1 cm

Bătăile cardiace pot fi deja înregistrate prin intermediul electrocardiogramei (EKG). Inima pompează sângele embrionului, produs de către acesta şi separat în totalitate de sângele mamei, cu o frecvență de 140-150 bătăi pe minut. Frecvența este, aşadar, dublă fața de cea a mamei. Încep să fie vizibile căile respiratorii şi pancreasul. Se formează fața, trunchiul şi extremitățile. Se conturează „creierul mare" (emisferele cerebrale) şi apoi trunchiul cerebral şi „creierul mic". În comparație cu corpul, capul este disproporționat de mare. La naştere va

reprezenta 1/4 din lungimea corpului, iar la vârsta adultă doar 1/8. Mâinile şi picioarele sunt încă foarte scurte, mâinile dezvoltându-se în continuare mult mai repede decât picioarele. Copilul, după naştere, îşi va folosi mânuțele cu mult timp înainte de a umbla. (Vezi imaginea 10, p. 57)

Embrion la 6 săptămâni: 1,5 cm

Inima embrionului suportă atât circulația sanguină a lui, cât şi cea a placentei. Sângele mamei ajunge doar până la placentă, unde au loc schimburile nutritive între embrion şi mamă [...]. Se dezvoltă în continuare oasele şi muşchii, peste care se întinde o piele foarte subțire şi transparentă[6]. (Vezi imaginea 11, p. 57)

Embrion la 7 săptămâni: 2 cm

În mandibulă, se formează primii muguri dentari. Se dezvoltă vederea prin formarea de conexiuni între creier şi ochi. Aparatul vestibular din ureche (care ne ajută la menținerea echilibrului) este deja prezent. Rinichii încep să filtreze urina. Celulele nervoase (neuronii) din creier se conectează între ele şi se formează primele fibre nervoase. În fiecare minut, se formează aproximativ 100.000 de neuroni noi. Copilul nenăscut începe să intercepteze primele informații din mediul său înconjurător: poziția lui în uter (simțul de orientare), presiunea asupra corpului său, diferențele de temperatură (simțul termic: cald şi rece). Cu ajutorul unui electroencefalograf, se poate înregistra activitatea electrică a creierului. (Vezi imaginea 12, p. 57)

Embrion la 8 săptămâni (făt): 4 cm

Între timp s-au format toate organele. Din acest moment, copilul doar mai creşte şi se dezvoltă, necesitând hrană şi timp. ***Embriologii îl numesc de acum făt.***

Copilul nenăscut are deja amprentele lui unice, inconfundabile, care nu se vor mai schimba toată viața. Începe să „res-

---

[6] Ibidem;

pire", înghite lichid amniotic. În palmă, se observă primele linii palmare. Cartilajele se transformă treptat în oase. În final, scheletul va număra (doar peste câțiva ani, la maturizare) 110 oase. Embrionul înoată în lichidul amniotic sărat, care îl apără de lovituri şi mişcări bruşte. Din placentă, embrionul îşi extrage substanțe hrănitoare, respectiv: proteine, grăsimi, glucide şi oxigen. (Vezi imaginea 13, p. 57)

Făt la 9 săptămâni

Fătul este un copil „în miniatură", complet format. El încearcă să apuce şi strânge mâna în pumn când este atinsă palma. Pentru a evita anumite tulburări, poate întoarce capul sau se poate răsuci în întregime. Îşi mişcă degetele, mâinile şi picioarele. Execută mişcări de rostogolire, îşi suge degetul. (Vezi imaginea 14, p. 58)

Făt la 10 săptămâni

Fătul este acum de 60.000 de ori mai mare decât prima celulă din care provine. Globulele roşii (hematiile) sunt produse de acum încolo de către ficat, splină şi, într-o mică măsură, de ganglionii limfatici. De asemenea, măduva osoasă a fătului începe să producă globulele albe (leucocite), care vor dezvolta în continuare ganglionii limfatici şi glanda timus. Fătul este acum foarte activ. Uneori tresare spontan, sughiță sau îşi mişcă mânuțele şi picioruşele. (Vezi imaginea 15, p. 58)

Făt la 11 săptămâni

Fătul înghite în mod regulat lichid amniotic, care trece în sânge şi este, apoi, eliminat prin rinichi. În felul acesta, se produc schimburile de lichide şi substanțe, folosite de făt („deşeuri"), între el şi mamă. Lichidul amniotic se reface tot la 3 ore. Temperatura acestui lichid este de aproximativ 37,5 grade Celsius, deci ceva mai mare decât cea a mamei. Placenta asigură hrana copilului, elimină toate substanțele nefolositoare („deşeurile") şi îl înveleşte asemenea unei membrane hormonale. (Vezi imaginea 16, p. 58)

Făt la 12 săptămâni (3 luni): 9 cm

Toate organele funcționează. Copilul face exerciții de respirație, înghite, digeră şi urinează. Este capabil să învețe şi aude zgomotele uşoare din jur, doarme când doarme şi mama lui. Pe cap îi cresc primele fire de păr, iar la mâini şi picioare unghiile. Pleoapele fătului se închid acum şi se redeschid doar în luna a 7-a. După această dată, fătul distinge lumina. Copilaşul învață şi creşte neîncetat. *Până la această vârstă de 12 săptămâni, adică 3 luni, copilul poate fi avortat legal în aproape toate țările din lume.* (Vezi imaginea 17, p. 58)

Faza a III-a: 3-9 luni

Făt la 13 săptămâni

Copilul, dacă mai trăieşte, a supraviețuit perioadei cele mai periculoase: cea de până la trei luni, când putea fi avortat. Deşi pântecele mamei ar trebui să fie cel mai sigur loc pentru copilul nenăscut, el a devenit, dimpotrivă, cel mai periculos loc din viața lui. Aproape nicăieri în lume, copilul nu este în primejdie mai mare ca în acest loc. De acum, mai sunt 6 luni până când copilul se va naşte şi va părăsi pântecele mamei. Toate organele sunt prezente, nu se mai adaugă niciunul. Situația se aseamănă cu cea a dezvoltării sugarului în om adult. Nici măcar un sugar nu poate supraviețui fără ajutor. (Vezi imaginea 18, p. 59)

În continuare, voi descrie dezvoltarea şi creşterea fătului pe perioade mai lungi, de câteva săptămâni.

14-17 săptămâni

Fătul îşi mişcă buzele, capul, brațele şi picioarele. Ochii şi urechile ajung în poziția lor normală. Se formează liniile individuale ale degetelor de la mâini şi picioare. Circulația sanguină este completă. (Vezi imaginea 19, p. 59)

18-20 săptămâni

Mama începe să simtă mişcările fătului, care devin mai bine coordonate de către acesta. Mişcările de prindere, precum

şi cele de extensie şi flexie ale picioarelor sunt necesare pentru o bună dezvoltare a musculaturii şi a scheletului, precum şi pentru coordonarea mişcărilor fine. (Vezi imaginea 20, p. 59)

21-23 săptămâni

Se formează ritmul circadian somn-veghe. Fătul îşi caută o poziție potrivită pentru somn. *Începe cea mai rapidă fază de dezvoltare a creierului, care ține până în al 5-lea an de viață.* Fătul are mai multă putere în mâini. Încep să funcționeze oscioarele din ureche, deci se perfecționează auzul. Fătul aude acum mişcările respiratorii ale mamei, bătăile cardiace şi vocea pe care o recunoaşte. *Începând cu săptămâna a 22-a, un copil poate supraviețui în afara corpului mamei şi poate duce o viața normală în continuare.* (Vezi imaginea 21, p. 59)

24-27 săptămâni

La 24 de săptămâni, activitatea electrică a creierului demonstrează că centrii auditivi şi cei ai văzului sunt activi. Se formează circulația pulmonară şi se dezvoltă vasele sanguine din plămâni pentru a pregăti copilul pentru o respirație normală după naştere. Coloana vertebrală este complet dezvoltată.

La 27 de săptămâni, activitatea creierului are o maturitate asemănătoare cu cea de la naştere. Tot acum, plămânii devin funcționali, dar numai la naştere îşi vor prelua funcția. Copilul înghite şi suge, îşi deschide ochii, iar genele sunt prezente.

28-29 săptămâni

Scizura mare dintre emisferele cerebrale este vizibilă. Fătul are ***37 cm***. Creierul a preluat frecvența regulată a respirației şi controlul temperaturii corpului.

30-31 săptămâni

Se formează numeroase conexiuni între neuroni şi creier. Irisul din ochi se colorează, pupila reacționează la diferențe de luminozitate. În placentă, spațiul devine foarte strâmt, iar copilul adoptă ***„poziția fetală"*** tipică.

32-35 săptămâni

Ochii sunt deschişi când este treaz şi se închid în somn. Se formează sistemul imunitar (anticorpii).

36-37 săptămâni

Corpul are acum forma rotunjoară, tipică, a unui bebeluş. Fătul se întoarce spre sursa de lumină. Măsoară acum ***47 cm***.

38-39 săptămâni

Capul este uşor deformabil, sutura craniană este deschisă (fontanela), ca în felul acesta să se poată adapta la strâmtoarea bazinului în timpul naşterii. După aceea, forma capului revine la forma iniţială. La naştere va avea 70 de reflexe, aproximativ 50 cm lungime şi peste 300 de oase, dintre care rămân doar 200 în timpul adolescenţei prin regresia unora dintre ele.

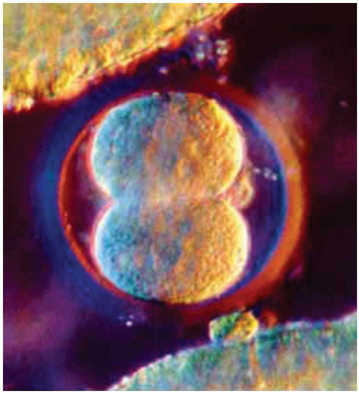
Naşterea

În sfârşit, a sosit clipa! Noul membru al familiei poate fi văzut. Odată cu venirea lui pe lume, nou-născutul va începe să respire singur, fiind întreruptă legătura lui cu placenta prin secţionarea cordonului ombilical. Un procent de 95% dintre copii se nasc la o vârstă cuprinsă între 226 şi 274 de zile. Biologic, naşterea nu poate fi privită ca o graniţă mare între viaţa intrauterină şi cea extrauterină. *Înainte de naştere, copilul nu se diferenţiază din punct de vedere biologic cu nimic faţă de cel de după naştere.* Ceea ce se schimbă este faptul că sugarul acum nu mai primeşte hrana prin intermediul cordonului ombilical, ci din afară, la început prin intermediul laptelui. *Este trist faptul că, în unele ţări, abia din acest stadiu el este recunoscut ca fiind cu adevărat un om*[7].

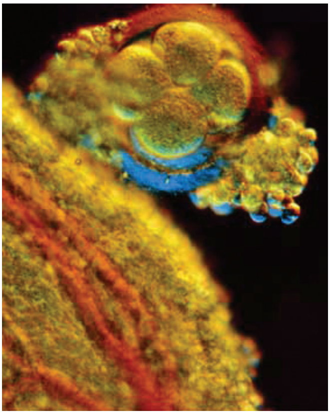
[7] http://www.pro-leben.de/abtr/entwicklung2.php .

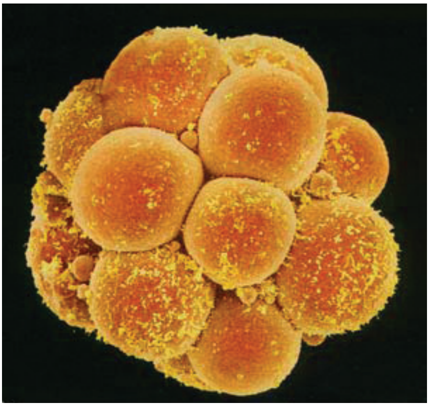


Imaginea 1:
Fecundaţia: doar unul din cei doi spermatozoizi va pătrunde în ovul şi îl va fecunda



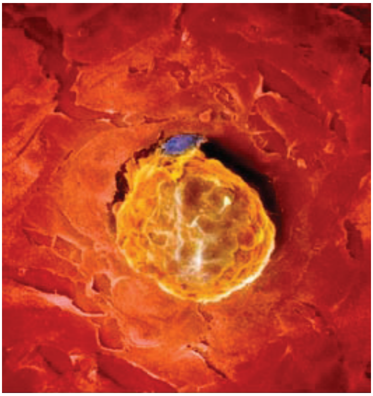
Imaginea 2:
Prima diviziune a oului fecundat



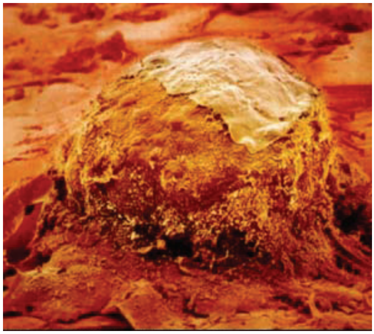


Imaginile 3 şi 4:
Transportul embrionului prin trompa uterină (faza de blastocist, cu 16 celule)

Sursa: http://www.pro-leben.de/abtr/entwicklung1.php
http://www.pro-leben.de/abtr/entwicklung2.php



Imaginea 5:
Momentul în care embrionul ajunge din trompă în uter



Imaginea 6:
Implantarea (nidația) embrionului în uter



Imaginea 7:
Embrion la 3 săptămâni: 2,5 mm



Imaginea 8:
Embrion la 4 săptămâni: 0,6 cm

Sursa: http://www.pro-leben.de/abtr/entwicklung2.php
http://www.pro-leben.de/abtr/entwicklung3.php



Imaginea 9:
Embrion la 4 săptămâni: 0,6 cm



Imaginea 10:
Embrion la 5 săptămâni: 1 cm



Imaginea 11:
Embrion la 6 săptămâni: 1,5 cm



Imaginea 12:
Embrion la 7 săptămâni: 2 cm



Imaginea 13:
Embrion la 8 săptămâni (făt): 4 cm

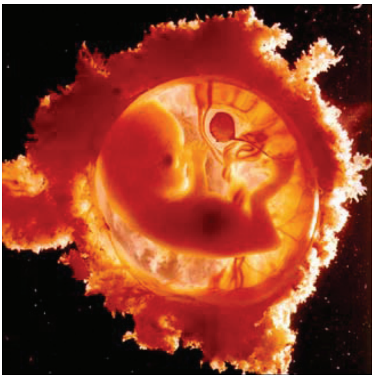
Sursa: http://www.pro-leben.de/abtr/entwicklung3.php



Imaginea 14:
Făt la 9 săptămâni



Imaginea 15:
Făt la 10 săptămâni



Imaginea 16:
Făt la 11 săptămâni



Imaginea 17:
Făt la 12 săptămâni (3 luni): 9 cm

Sursa: http://www.pro-leben.de/abtr/entwicklung3.php



Imaginea 18:
Făt la 13 săptămâni



Imaginea 19:
Făt la 16 săptămâni



Imaginea 20:
Făt la 18 săptămâni



Imaginea 21:
Făt la 21 săptămâni

Sursa: http://www.pro-leben.de/abtr/entwicklung4.php

CAPITOLUL III

CICLUL MENSTRUAL ŞI DEREGLĂRILE LUI DATORATE CONTRACEPTIVELOR HORMONALE

1. Definiție

Perioada reproductivă a femeii este caracterizată prin modificări ciclice (lunare) ale mucoasei uterine (doar ale stratului superficial al acesteia). Aceste modificări au loc în fiecare lună în scopul pregătirii mucoasei uterine pentru o eventuală implantare a embrionului în uter[1].

Primele cicluri menstruale apar odată cu pubertatea (13-15 ani) şi continuă până la menopauză (45-55 ani), când se sfârşesc.

Ciclul menstrual cuprinde *două fenomene*: *ovulația* şi *menstruația*.

Ovulația împarte ciclul în *două perioade*: *perioada preovulatorie*, numită şi fază proliferativă sau foliculară *şi perioada postovulatorie,* numită şi fază secretorie sau foliculino-luteinică[2]**.**

Durata ciclului este în medie de 28 de zile, începe în prima zi de menstruație şi se termină în ziua care precede menstruația

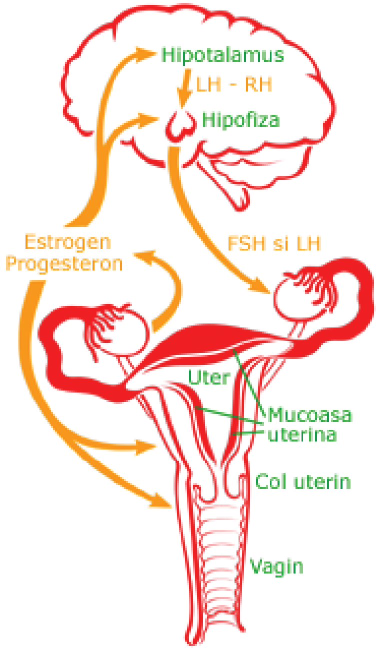
---

[1] Maria Florescu, Nicolae Cernea, Cristina Simionescu, *Endometrul. Ciclul menstrual normal şi patologic*, Editura Medicală Bucureşti, 1998, p. 70;
[2] Ibidem;

următoare. Durata ciclului poate varia în limite normale de la 25 la 32 de zile[3].

2. Reglarea ciclului menstrual

Schema lanțului hipotalamo-hipofizo-ovarian, ce reglează ciclul menstrual



(Imagine: http://www.seximus.ro/articole/ciclu_menstrual.php)

Cele două fenomene, *ovulația și menstruația*, sunt reglate de către centrii superiori din creier, respectiv de către *hipotalamus* şi *hipofiză*. Hipotalamusul secretă un hormon (GnRH), cu

[3] Ibidem;

eliberare pulsatilă la aproximativ 90 de minute în prima fază a ciclului menstrual (faza foliculară) şi la 180 minute în a doua fază a ciclului menstrual (faza luteală). Acest hormon va ajunge prin intermediul sângelui în hipofiză, pe care o va stimula să secrete alţi doi hormoni (FSH şi LH), tot cu un ritm pulsatil. Este nevoie de acest ritm pulsatil pentru a nu se produce o desensibilizare a acestor centrii, fapt care ar duce la lipsa secreţiei hormonilor şi, în final, la lipsa ciclului menstrual. De la hipofiză, hormonii FSH (hormon foliculinostimulator) şi LH (hormon luteotrop) ajung prin sânge la ovare, care vor fi stimulate să secrete cei doi hormoni sexuali feminini: iniţial *estrogen*, iar apoi *progesteron.* Aceşti hormoni trec în circulaţia sanguină şi acţionează în special asupra organelor genitale (vagin, uter, trompe uterine) şi a sânilor[4].

Comentarii

Concentraţia estrogenului şi a progesteronului din pilula contraceptivă (care cuprinde fie doar progesteron, fie ambii hormoni), va determina frânarea hormonilor din centrii superiori (hipofiză şi hipotalamus), care nu vor mai stimula ovarele să secrete hormonii estrogeni şi progesteroni naturali, punând astfel în repaus ovarul. Ca urmare, un surplus de hormoni artificiali (din pilulă) la un organism sănătos *va deregla acest lanţ hipotalamo-hipofizo-ovarian*. Aşa se explică şi tulburările ciclului menstrual după consum de contraceptive.

„Preparatul hormonal «Pilula» este un preparat chimic, prin care se intervine intenţionat în ciclul natural de reglare hormonală a corpului feminin, deconectându-l de la ritmul natural, cu efecte importante asupra întregului organism”[5].

---

[4] Roland Süssmuth, *Empfängnisverhütung. Fakten, Hintergründe, Zusammenhänge*, Christiana Verlag – D-Holzgerlingen, 2000, p. 26-28;

[5] Dr. med. Rudolf Ehmann – medic primar ginecologie obstetricală spitalul cantonal Stans, Elveţia, CH – 6370, în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepţionale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanţ critic din*

„Natura se răzbună întotdeauna pentru intervențiile
de afară ale omului când acestea nu sunt justificate”[6].

3. Perioadele şi fenomenele ciclului menstrual

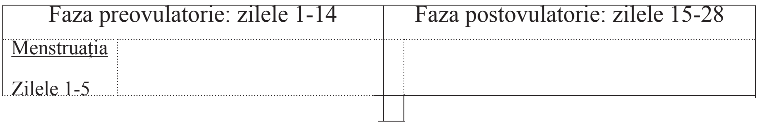
Ciclul cuprinde cele *2 faze* amintite mai sus, la care adăugăm cele *2 fenomene*: menstruația şi ovulația:

1. **faza preovulatorie (faza foliculară)**: zilele 1-14, din care în zilele 1-5 are loc **menstruația;**
2. **ovulația:** zilele 14-15;
3. **faza postovulatorie (faza luteală):** zilele 15-28.

Comentariu

Aceste faze sunt astfel împărțite pentru o înțelegere mai bună a lor, dar, în realitate, complexitatea lor este mult mai mare.

Cele 2 faze şi cele 2 fenomene (ovulația şi menstruația) ale unui ciclu de 28 de zile sunt redate schematic mai jos:



Ovulația: zilele 14-15

Pentru o mai bună înțelegere a ciclului menstrual, voi aborda menstruația la sfârşit.

1). Perioada preovulatorie (faza proliferativă sau foliculară)

– începe în prima zi a menstruației şi ține până în jurul zilei a 14-a, când are loc ovulația, este numită *fază proliferativă* sau *foliculinică*;

---

punctul de vedere al unui ginecolog, Articolul este textul lărgit şi revăzut al conferinței susținute de dr. Rudolf Ehmann pe 22.09.1990 la Dresda, la Congresul internațional „World Federation of Doctors Who Respect Human Life”, p. 14;

[6] Roland Süssmuth, *op. cit., p. 275.*

– în primele zile ale acestei faze, au loc *menstruația* şi *regenerarea* mucoasei uterine, fenomene descrise la sfârşit;

– această fază se numeşte fază foliculară deoarece se află sub influența hormonilor *FSH* şi *estrogen* care dezvoltă, proliferează mucoasa uterină, prin înmulțirea glandelor şi a vaselor sanguine din mucoasă;

– *sub acțiunea estrogenului şi a hormonului hipofizar FSH*, are loc recrutarea mai multor foliculi ovarieni, dar numai unul se va matura, ceilalți involuează; foliculul matur conține ovulul care se maturizează;

– *în ziua a 11-a, hormonii FSH* şi *LH* ajung la nivele foarte înalte, fenomen numit şi valul preovulației. Foliculul matur (poate ajunge la 2 cm dimensiune) se deplasează spre peretele ovarului pe care enzimele îl distrug în locul proeminenței, foliculul se sparge, iar ovulul este eliminat, fenomen numit ovulație[7];

– *estrogenul* stimulează producția unei cantități mari de mucus cu vâscozitate scăzută (conținut mare de apă şi săruri) la nivelul colului uterin, care facilitează ascensiunea spermatozoizilor spre uter[8]

– estrogenul scade tonusul muscular al colului uterin, care este dilatat, deci deschis, pentru a favoriza ascensiunea spermatozoizilor spre uter: *femeia este fertilă in această fază.*

Comentarii

– dacă femeia va consuma *pilula contraceptivă* (cu progesteron sau combinată), atunci se va întâmpla un *fenomen invers*, adică, sub acțiunea progesteronului, vâscozitatea secrețiilor creşte (mucusul devine bogat în mucopolizaharide şi scade cantitatea de apă), împiedicând înaintarea spermatozoizilor prin colul uterin, ac-

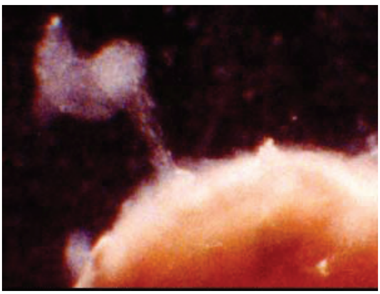
[7] Betty Kamen, *Terapia hormonală de substituție. Da sau Nu?*, SC „Ştiință şi Tehnică" SA, Bucureşti, 1995, p. 54.
[8] Anca Dragomirescu, *Izoflavonele estrogen-mimetice. Chimia compuşilor. Farmacologie. Toxicologie*, Editura Universitatea medicală, Timişoara 2003, p. 31

ționând deci ca o adevărată barieră în calea lor – efectul este contraceptiv);

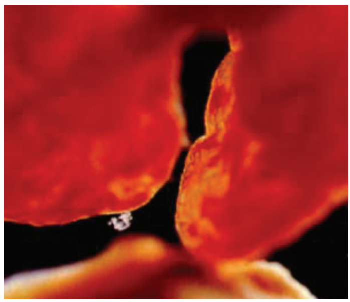
– alte efecte ale pilulei cu *concentrații mari* de hormoni sunt: *oprirea ovulației*, când avem un ciclul anormal, şi *oprirea dezvoltării şi îngroşării mucoasei uterine*, care nu va mai fi aptă pentru implantarea copilului în uter, acesta fiind avortat în primele două săptămâni de la concepție, fenomen numit *avort timpuriu* sau *avort hormonal;*

– pilula monohormonală cu *concentrații mici* de progesteron (*minipilula*) sau pilula combinată (estrogen şi progesteron) cu *concentrații mici* din ambii hormoni (*micropilula*) nu va putea bloca ovulația într-un procent destul de mare (30-60%), în schimb va modifica mucoasa uterină, pe care o va atrofia, iar embrionul nu se va putea implanta în uter fiind eliminat, deci avortat. Vorbim şi în acest caz de un *avort timpuriu, hormonal* în primele 14 zile de la concepție (vezi cap. V Metode contraceptive şi abortive).

2). Ovulația:



***Ovulația** – desprinderea ovulului din ovar*



***Captarea** ovulului de către trompa uterină*

(Imagine şi text:http://www.pro-leben.de/abtr/entwicklung1.php)

– ovulația este controlată de doi hormoni secretați de către hipofiză: FSH şi LH;

– cei doi hormoni hipofizari, FSH şi LH, au acțiuni diferite, pregătind uterul pentru o eventuală sarcină;

– hormonul *FSH (hormon foliculino stimulator)* va determina ovarul să secrete *estrogen*. Ovulul se află închis într-un săculeț numit folicul. Acesta, sub acțiunea estrogenului, va creşte până în momentul ovulației, când va expulza ovulul matur pentru a fi fecundat;

– hormonul *LH (luteinizant)* va provoca ruperea acestui folicul, eliberând ovulul matur. Expulsia ovulului – fenomen numit *ovulație* – are loc la mijlocul ciclului menstrual (între ziua a 12-a şi a 16-a, în medie *în ziua a 14-a*, când un singur ovul se maturizează în unul din cele două ovare, proces bine reglat de către centrii superiori). Deşi sunt aproximativ 400 de ovulații în viața unei femei (până pe la 50 de ani), majoritatea ovulelor nu este folosită, cu toate că au aceeaşi capacitate de a fi fecundate, deoarece acestea nu ajung la o maturație completă, ci se dezintegrează. Ovulația are loc într-unul din ovare, uneori alternativ;

– ovulația este un proces dinamic ce are loc în interval de câteva minute. După ce se sparge foliculul care conține ovulul matur, lichidul din interior se scurge afară împreună cu milioane de celule care au produs până atunci hormoni, respectiv progesteron şi estrogen. În mijlocul acestor celule secretoare de hormoni se află ovulul, înconjurat de mii de celule care îi servesc ca suport şi hrană;

– *ovulul matur va ajunge în trompa uterină care îl „aspiră”*. El poate supraviețui în trompă 2 zile, maxim 3, după care se dezintegrează dacă nu este fecundat. Cu câteva ore înainte de ovulație, trompa uterină deja a primit informația despre locul exact în care se va afla ovulul. Partea externă a trompei se deschide larg, iar cu ajutorul unor fimbrii care „alunecă” peste ovar, va

capta ovulul pentru ca acesta să nu se piardă. Trompa se contractă uşor şi astfel reuşeşte să prindă ovulul. *Mişcările trompei uterine pot fi abolite, practic inexistente* dacă femeia a avut cândva *o infecţie a trompelor* care nu s-a vindecat şi s-a cronicizat. Dacă trompa este sănătoasă, aici ovulul va găsi un mediu asemănător cu cel din uter, se va maturiza în continuare şi se va pregăti pentru fecundare;

– indiferent dacă fecundarea a avut sau nu loc, hormonul *LH declanşează* în continuare *secreţia de progesteron* de către acel folicul (săculeţ) restant şi golit de ovul, care se transformă într-o glandă numită *„corp galben de sarcină"*. Acest corp va secreta *hormonul progesteron* care va pregăti uterul pentru o eventuală sarcină;

– cei doi hormoni, estrogenul şi progesteronul, au şi o serie de alte acţiuni: hormonul *estrogen natural* acţionează cu preponderenţă asupra diverselor organe din organism: *genitale, asupra pielii, a mucoaselor, a oaselor, a vaselor sanguine şi a metabolismului în general,* desigur că într-un mod pozitiv, benefic organismului; *progesteronul* are un rol preponderent în sarcină prin *pregătirea mucoasei uterine* pentru a fi aptă implantării embrionului în uter, apoi *ajută la menţinerea sarcinii*[9]

Comentarii

– sub acţiunea *pilulei contraceptive,* este inhibată (scade) secreţia hormonilor din creier (FSH şi LH), care nu vor mai stimula ovarele să secrete hormoni naturali estrogen şi progesteron decât într-o cantitate foarte mică, insuficientă pentru producerea ovulaţiei, dar suficientă *pentru a simula o menstruaţie.* Ce se întâmplă? În lipsa FSH-ului şi a estrogenului, *ovarele nu mai prezintă activitate foliculară*, nu se mai dezvoltă foliculii ovarieni şi nu se mai maturizează ovule. În consecinţă, pe perioada administrării pilulelor, *nu mai are loc ovulaţia. Ovu-*

[9] http://www.pro-leben.de/abtr/entwicklung2.php

lația este deci inhibată deoarece se produc cantități foarte mici, insuficiente de hormoni estrogeni şi progesteroni naturali (secretați de ovar);

– datorită acestui fapt, pilulele contraceptive se mai numesc *„inhibitori ai ovulației"*. Dar acest lucru se întâmplă numai în cazul pilulelor obişnuite, cu o concentrație mai mare de hormoni. În cazul minipilulei (pilula cu estrogen şi progesteron în cantitate mică) şi a micropilulei (pilula cu progesteron în cantitate foarte mică), ovulația are loc într-un procent mare. Astfel Dr. R. Ehmann afirmă că *„pentru minipilulă, s-a găsit în mod regulat corp galben"*, deci ovulația a avut loc[10]. Cu toate acestea, nu constatăm sarcini decât în cazuri rare deoarece intervine rolul abortiv al pilulei, prin care aceasta atrofiază (usucă) mucoasa uterină şi nu lasă embrionul să se implanteze în uter, ci îl elimină, îl avortează.

3). Perioada postovulatorie (faza secretorie sau luteală)

– această perioadă, numită şi *faza luteală*, durează de la ovulație până în prima zi a menstruației următoare: *zilele 15-28;*

– după ovulație, *foliculul golit de ovul* (acel săculeț descris mai sus), *se transformă într-o glandă numită corp galben, care va secreta progesteron.* Acest corp conține mult colesterol, de unde şi denumirea; corpul galben continuă să mai crească încă 7-8 zile după ovulație, după care se dezintegrează;

– sub influența hormonului *progesteron* secretat de către corpul galben, are loc majoritatea fenomenelor din această fază: ceilalți foliculi nu mai elimină ovuli. Glandele din mucoasa uterină cresc şi se umplu de glicogen (de care ar avea nevoie embrionul pentru a se hrăni); creşte vâscozitatea secrețiilor colului uterin şi volumul secrețiilor vaginale care nu permit ascensiunea spermatozoizilor spre uter; în această fază, *femeia nu*

[10] Dr. med. Rudolf Ehmann, *op. cit.*, p. 14;

mai este fertilă (vezi cap. IV. Hormonii sexual feminini);

– progesteronul creşte tonusul muscular al colului uterin şi, astfel, colul se închide şi devine un real obstacol pentru spermatozoizi; acesta este un alt motiv pentru care femeia nu mai este fertilă în această perioadă;

– din cauza unor bacili (Döderlein) secretați de către vagin, *pH-ul vaginal este unul acid (3,8-4,5)*, cu rol antibactericid; această „armă naturală” nu permite pătrunderea microbilor spre uter pentru a proteja embrionul de infecții;

– se ajunge la un maxim de secreție glandulară şi de mucus în *ziua a 24-a* a ciclului menstrual, după care, *neavând loc o fecundare*, *corpul galben* începe să involueze (se dezintegrează) în zilele 27-28 a ciclului şi, *implicit, scade nivelul progesteronului, dar şi a estrogenului,* astfel că apar *fenomenele regresive*: se degenerează glandele, scade edemul, vasele sanguine se rup, involuează mucoasa uterină, apar zone de necroză (moarte celulară) care se unesc şi contribuie la eliminarea mucoasei uterine (doar a stratului funcțional, superficial, cel profund rămânând intact pentru ca din el să se refacă mucoasa) sub formă de menstruație[11].

Comentarii

– dacă se consumă pilula contraceptivă, pH-ul vaginal se modifică, devine mai alcalin (creşte peste 4,5) favorizând dezvoltarea unor bacterii precum Chlamidia, Trichomonas şi ciuperci (Candida);

– sub influența pilulei, modificările mucoasei uterine descrise mai sus nu mai au loc, iar ca urmare se va produce un ciclu menstrual simulat.

4.) Menstruația (sângerarea)

– este definită ca sângerarea uterină spontană şi periodică, având drept rezultat eliminarea stratului superficial al mucoa-

[11] Maria Florescu, Nicolae Cernea, Cristina Simionescu, *op. cit.,* p. 88;

sei uterine (a endometrului) după ovulație, în absența fecundației[12];

– în cazul în care *nu are loc fecundarea ovulului, secreția de progesteron* scade brusc, ceea ce duce în zilele 27-28 a ciclului menstrual la o vasoconstricție şi la apariția unor mici focare hemoragice;

– scade şi concentrația estrogenului care contribuie la distrugerea arteriolelor;

– în final, are loc necroza şi se elimină țesuturile moarte;

– eliminarea acestor focare hemoragice împreună cu mucoasa uterină necrozată se face sub forma menstruației,

– *prostaglandinele* sunt hormoni care stimulează musculatura uterină, făcând-o să se contracte ritmic şi să elimine țesutul bogat în sânge[13]);

– *în consecință,* ***sângele menstrual*** *va conține hematii, celule moarte din mucoasa uterină şi substanțe chimice din ser şi celule;*

– durata unei *menstruații normale, ovulatorii* este de 3-7 zile[14];

– cantitatea de sânge eliminat este în medie de 33 ml; o cantitate de peste 80 ml este considerată anormală; aprecierea pierderii de sânge în timpul unui ciclu se face în funcție de o analiză de sânge, respectiv a hematocritului înainte şi după menstruație, şi mai puțin după numărul de tampoane folosite în perioada menstruației[15];

– sângele menstrual nu se coagulează datorită prezenței unor factori anticoagulanți în uter[16];

– după 2-3 zile de ciclu, începe concomitent să se regenereze stratul submucos profund *rămas intact în timpul menstruației*, astfel că în a 6-a zi este complet regenerat[17];

[12] Ibidem, p. 82;
[13] Betty Kamen, *op. cit.*, p. 57;
[14] Maria Florescu, Nicolae Cernea, Cristina Simionescu, *op. cit.*, p. 82;
[15] Ibidem;
[16] Ibidem;
[17] Roland Süssmuth, *op. cit.*, p. 33.

– *s-a constatat că **există o diferență** între regenerarea endometrului după o menstruație normală sau după un chiuretaj. Astfel, după chiuretaj (avort chirurgical)*, refacerea endometrului se produce mai mult pe seama stromei, *glandele se refac mai lent*, şi dacă fundurile de sac sunt distruse prin chiuretaj sau infecție, *regenerarea endometrului se face numai în anumite zone, fapt ce favorizează producerea sinechiei uterine (lipirea celor doi pereți uterini, cauză a sterilității)*[18].

Comentarii

– *Ciclul menstrual normal dispare în timpul folosirii contraceptivelor orale combinate.*

De ce?

– *pilula determină o amenoree secundară* atât timp cât este administrată. *Ovarele nu mai prezintă activitate foliculară* (nu se mai dezvoltă foliculii ovarieni şi nu se mai maturizează ovule) pe perioada administrării pilulelor, deci se produc cantități foarte mici, ineficiente de hormoni estrogeni şi progesteroni naturali (endogeni).

– producția de hormoni hipofizari şi producția de hormoni estrogen şi progesteron de către ovar nu este complet anulată, dar nivelurile de hormoni din sânge sunt foarte mici.

– *dezvoltarea mucoasei uterine, sub acțiunea hormonilor sintetici, este incompletă.* Ca urmare, sângerarea (menstruația) **nu** va fi aceeaşi ca o menstruație apărută după o dezvoltare completă a mucoasei uterine sub influența hormonilor naturali, ci *va fi mai redusă, dar suficientă pentru a simula o menstruație normală!*[19]**.**

[18] Maria Florescu, Nicolae Cernea, Cristina Simionescu, *op. cit.,* p. 88;
[19] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *Manual de planificare familială, Text de referință*, 2000, p. 5-12;

A). Particularităţile ciclului menstrual la vârsta pubertăţii

– **pubertatea** este perioada de dezvoltare a corpului de la copilărie spre maturitate; ea debutează la fete la 10-11 ani şi se termină la 14-15 ani;

– pubertatea este marcată la fete prin creşterea sânilor şi **începutul menstruației**;

– primul ciclu menstrual se numeşte **menarhă**; odată cu menarha, se petrec şi alte modificări în organismul fetei aflată la pubertate: se dezvoltă sânii, apare părul pubian şi axilar, şoldurile se lățesc şi are loc un „salt de creştere"; rata de creştere se diminuează semnificativ în jurul vârstei de 14-15 ani; după pubertate urmează adolescența când au loc alte modificări fizice;

– primele cicluri menstruale sunt neregulate atât ca ritm, cât şi cantitativ, ciclurile sunt anovulatorii, faza a doua a ciclului (luteală) este micşorată[20];

– ciclurile devin ovulatorii, în 70% din cazuri, abia după vârsta de 17-18 ani, iar menstruația devine regulată după cel puțin 2 ani de la apariția menarhei[21];

– sistemul nervos şi hipofiza încă nu şi-au definitivat maturitatea, dezvoltarea organelor genitale nu a atins maturitatea în unele cazuri, epiteliul este fragil, uterul este infantil, etc.[22];

– *menstruațiile abundente şi lungi* sunt cât se poate de comune în anii adolescenţei, datorită unei concentrații mai mari de estrogen, iar nivelele plasmatice de progesteron *nu sunt întotdeauna destul de ridicate* în timpul ciclurilor menstruale ca să poată deteriora mucoasa uterină pentru a avea loc menstruația,

– în majoritatea cazurilor, *aceste menstruații abundente nu necesită instituirea unui tratament medical*;

---

[20] V. Luca, D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 198;
[21] Ibidem;
[22] Ibidem.

– stresul ambiental poate modifica dinamica unui ciclu ovulator, interferându-se la nivelul SNC, respectiv la nivelul axei hipotalamo-hipofizare[23].

Comentarii

– la ora actuală, se prescriu prea des şi în mod nejustificat pilulele contraceptive cu scopul de a regla ciclul menstrual, fără a obține întotdeauna efectul dorit;

– apar, în schimb, frecvent, deja după câteva luni, efectele secundare ale pilulei, motiv pentru care ar trebui să se recurgă la tratamente alternative: naturiste, homeopate, eventual hormoni natural etc.

B). Sindromul premenstrual (SPM)

– *SPM este definit ca ansamblul manifestărilor psihice şi fizice care survin premergător menstruației şi dispar după aceasta*[24];

– SPM apare cu 3-5 zile înainte de menstruație, întâlnindu-se la 36-40% dintre femei, fiind cel mai frecvent între 18-35 de ani[25].

– a fost descris de Frank în 1931 ca sindromul tensiunii premenstruale şi aprofundat de Greene în 1985 şi este şi astăzi recunoscut *ca o entitate psihosomatică complexă care continuă să fie neelucidată ca etiopatogenie şi dificilă ca tratament*[26];

– în marea majoritate a cazurilor, modificările sunt uşor suportabile, dar în unele cazuri ele sunt deosebit de severe, cu afectarea capacității de lucru şi integrare socială[27];

– definiția modernă a sindromului (Dalton, 1985) spune că acesta este suma simptomelor care apar mai mult sau mai puțin constant[28];

---

[23] Maria Florescu, Nicolae Cernea, Cristina Simionescu, *op. cit.*, p. 84;
[24] Ibidem, p. 101;
[25] Prof. Dr. Virgiliu Ancăr, *Ginecologie*, Editura Național, Bucureşti 1999, p. 12;
[26] Maria Florescu, Nicolae Cernea, Cristina Simionescu, *op. cit.*, p. 84;
[27] Ibidem;
[28] Ibidem, p. 102;

– simptomele cele mai frecvente sunt: balonare abdominală, creştere în greutate, cefalee, tensiune mamară dureroasă, senzație de greață, edeme ale feței sau periferice, tulburări de tranzit intestinal[29];

– unii autori grupează simptomele în 3 tipuri de manifestări: a). *manifestări congestive (inflamatorii)*: sâni moi, măriți şi dureroşi; b). *manifestări nervoase*: iritabilitate, nervozitate, anxietate, insomnie, dureri de cap, migrene; c). *manifestări viscerale* (organice) care apar pe mici leziuni organice preexistente: crize de astm, laringite, dischinezie biliară, colici biliare, dureri la nivelul coloanei vertebrale cervicale, alergii cutanate, urticarie, herpes[30];

– sindromul este considerat semnificativ în cazul în care simptomele sunt severe;

– *cauzele posibile ale SPM*: uneori este un nivel scăzut de progesteron; alteori depresia nervoasă pare a fi produsă de alterarea secreției de cortizol sau hormon tiroidian sau a melanotoninei sau o scădere a serotoninei; factori de stres; tulburări de personalitate etc.[31];

– *studii recente* au arătat că *nu există anomalii în secreția de estrogen şi progesteron, nici alți hormoni sau cortizol!* Aceste date, asociate cu rezultate negative ale suplimentării progestagene, sugerează că *SPM nu este datorat unor anomalii în secreția hormonilor sexuali* sau că acestea pot exista la nivelul SNC şi nu pot fi evidențiate în serul periferic[32];

– *alte ipoteze*: teoria retenției hidrice; secreția anormală de prostaglandine; hipoglicemia; deficite vitaminice şi minerale (vit. B6, vit. E, magneziu şi zinc); alergie; factori psihologici[33];

---

[29] Ibidem;
[30] Prof. Dr. Virgiliu Ancăr, *op. cit.*, p. 12;
[31] Maria Florescu, Nicolae Cernea, Cristina Simionescu, *op. cit.*, p. 104.
[32] Ibidem, studiu făcut de Gintzler, 1980; Ying, 1987, p. 105;
[33] Ibidem, pp. 105-109;

– *terapia medicamentoasă*: este *empirică* şi *controversată*. Numeroase studii au relevat *efectul placebo. Terapia cu contracepția orală este controversată*: scade durerea (dismenoreea), dar creşte frecvența balonării abdominale şi a tensiunii mamare. *Antiinflamatoarele* nesteroidiene (aspirină, paracetamol etc.) ameliorează cefaleea, durerile musculo-scheletice şi alte fenomene algice [...][34];

– sindromul premenstrual *dispare odată cu instalarea menopauzei,* când încetează funcția ovariană şi scade brusc secreția hormonului estrogen.

COMENTARII

– sindromul premenstrual este deseori tratat cu pilula contraceptivă sau cu o combinație de medicamente între pilulă şi antispastice;

– există însă şi tratamente alternative, acest sindrom putând fi tratat cu antispastice şi antiinflamatoare, uneori cu magneziu, vitamine, fără să se recurgă la hormoni care pot duce la tulburări menstruale şi care au multe efecte secundare;

– *conduite terapeutice recomandate*: pentru reducerea edemului premenstrual, trebuie redus consumul de sare şi potasiu; se adaugă progesteron natural sub formă de creme aplicate pe tegument sau uleiuri aplicate sublingual; consum mai puțin de cofeină, care este eliminată cu întârziere din organism în perioada a doua a ciclului menstrual; vitamina B6 reduce edemul premenstrual; nu sunt indicate diuretice care pot avea efecte secundare deosebite[35];

– în cartea sa, *„Sindromul contraceptiv", Dr. Manfred van Treek* descrie terapiile naturiste din cadrul tulburărilor menstruale, precum sindromul premenstrual, dar şi menstre dureroase (dismenoree) sau prea abundente (hipermenoree), adăugând faptul că nu este necesar

[34] Ibidem, p. 110;
[35] Betty Kamen, *op. cit.*, pp. 58-59;

tratamentul cu pilula în aceste cazuri: „Terapia naturistă presupune un adaus de magneziu ca tratament alternativ în sindromul premenstrual şi în hipermenoree (menstre foarte abundente şi prelungite). Prin acest tratament, tensiunea din sâni scade, precum şi tensiunea psihică [...]". *Autorul observă că, după ani de zile de la întreruperea tratamentului cu pilula, reapar simptomele*, respectiv menstre foarte dureroase şi uneori foarte abundente. Nu s-a rezolvat, deci, problema, ci doar s-a amânat. Nici tratamentele naturiste cu ceaiuri nu sunt de neglijat (fitoterapie). Autorul concluzionează că: „nu este necesară administrarea pilulei contraceptive, aşa cum procedează la ora actuală majoritatea medicilor ginecologi. Iar dacă acest lucru se întâmplă în cazul fetelor tinere care au sângerare prelungită şi dureri menstruale şi li se administrează pilula, acest lucru este cu totul iresponsabil! Cu atât mai mult cu cât ritmul menstrual încă nu s-a definitivat..."[36]. Tot aici, autorul relatează despre un *studiu din Turcia* care a arătat că cei care suferă de sindrom premenstrual au o concentrație serică de magneziu sub limita normală, iar cele care o au în limite normale nu suferă de acest sindrom"[37].

[36]Manfred van Treek, *Das Kontrazeptions-Syndrom*, ed. a 2-a, Abtsteinach/Odw: Derscheider, 1997, cap.4: Terapii naturiste în dismenoree şi hipermenoree; p. 40;

[37]POSACI et all, *Plasma copper, zinc and magnesium levels in patients with premenstrual syndrome*, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 1994, pp. 452-455

CAPITOLUL IV

HORMONII SEXUALI FEMININI NATURALI (ESTROGEN ŞI PROGESTERON) ŞI ARTIFICIALI (PILULA CONTRACEPTIVĂ): SINTEZĂ ŞI MECANISM DE ACȚIUNE. ASEMĂNĂRI ŞI DEOSEBIRI

Hormonii sexuali feminini naturali (secretați de către organismul feminin) se împart în două grupe:

I). Estrogen

II). Progesteron

Odată cu apariția **pilulei contraceptive (anul 1960), s-au sintetizat hormonii artificiali,** derivați din cei naturali, prin modificarea structurii chimice ale acestora.

I). Hormonii estrogeni naturali şi artificiali

1). Hormonii estrogeni naturali

a) Definiție

Hormonii *estrogeni* naturali, numiți şi hormoni *foliculari*, sunt hormoni sexuali feminini, izolați pentru prima dată din urină de Doisy şi Butenandt în 1932[1].

[1] Maria Florescu, Nicolae Cernea, Cristina Simionescu, *Endometrul. Ciclul menstrual normal şi patologic,* Editura Medicală, Bucureşti, 1998, p. 26;

b) Clasificarea hormonilor estrogeni şi acţiunea lor

Reprezentanţii acestei grupe sunt[2]:

- *Estrona (E1);*
- *17-beta – Estradiolul (E2);*
- *Estriolul (E3).*

c) Sinteza hormonilor estrogeni naturali

- estrogenul se *sintetizează* în cea mai mare parte în *ovar,* dar poate fi secretat şi de către *suprarenală (din testosteron)*, iar în timpul sarcinii de către *placentă*[3];

Reprezentarea schematică a sintezei estrogenilor **în ovar**

Colesterol
↓
Pregnenolon
↓
Progesteron
↓
17-OH-Progesteron
↓
Androstendiona
↓ ↓
Testosteron *Estradiol*
↓
Estrona[4]

Comentariu

După cum reiese din schemă, hormonii naturali necesari unei bune funcţionări a organismului se sintetizează la nivelul ovarelor din colesterol (Colesterol-Progesteron-Testosteron-Estrogen), lucru ce *nu* se mai în-

[2] Ibidem;
[3] Ibidem, p. 27.
[4] Anca Dragomirescu, *Izoflavonele estrogen-mimetice*, Editura Universitatea medicală, Timişoara, 2003, p. 27;

tâmplă în cazul hormonilor artificiali. După administrarea acestora („pilula contraceptivă"), sinteza hormonilor naturali va fi foarte scăzută, fiind înlocuită de hormonii artificiali, provocând o reală dereglare a întregului ciclul hormonal al femeii.

• estrogenii mai pot fi sintetizați de către *suprarenală (din testosteron)*:

Reprezentarea schematică a sintezei estrogenilor la nivelul țesutului adipos / grăsos (androgenii fiind proveniți din suprarenală):

Testosteron

↕

Androstendion

↓

↓

Estradiol (E2) ↔ ***Estrona*** *(E1)* ↔ *Estriol (E3)*[5]

Comentariu

Estrogenii care se sintetizează la nivelul țesutului grăsos (adipos) sunt „hormoni de rezervă" cu rol important în prevenirea osteoporozei. Hormonii artificiali din pilula contraceptivă nu mai posedă acest rol.

• în cazul unei *sarcini*, estrogenul este sintetizat de către ***placentă***;

• o cantitate mică de estrogeni mai este sintetizată de ***ficat și creier***[6];

– din punct de vedere chimic, hormonii estrogeni sunt *hormoni steroizi*, adică au ca precursor o grăsime, în cazul de față *colesterolul;*

---

[5] Ibidem, p. 29.
[6] Ibidem, p. 28;

– în organism, *colesterolul este „cărămida"* de construcție a hormonilor sexuali atât masculini, cât şi feminini;

– *ovarul, respectiv foliculul ovarian*, sintetizează cantitatea maximă de estrogen în prima fază a ciclului menstrual – faza foliculară – stimulat fiind de hormonul hipofizar FSH[7]; în faza a doua a ciclului – faza luteală – estrogenul este sintetizat în cantitate mai mică de către *corpul galben (din ovar)*;

– estrogenii se sintetizează şi *la bărbați* în cantități mici, la nivelul testiculului; de asemenea, o anumită cantitate de testosteron (hormon sexual masculin) se transformă sub acțiunea unei enzime în estrogen;

– *în sânge*, hormonii estrogeni sunt legați de o proteină şi transportați către diferite organe (sâni, uter etc.), unde ei sunt direcționați către nucleul celulelor din organul respectiv şi, astfel, influențează activitatea celulară[8];

– un organ activ în metabolismul estrogenilor naturali (sintetizați doar de către organism) este *ficatul*; acesta elimină estrogenii în bilă şi îi reabsoarbe în intestin (duoden), contribuind astfel la menținerea unui prag constant de estrogen[9];

– după administrarea orală (pe gură), estrogenii naturali (endogeni) sunt metabolizați imediat de către ficat şi transformați în *compuşi inactivi* din punct de vedere biologic. Cu alte cuvinte, aceşti hormoni naturali nu pot fi folosiți în tratament. Din acest motiv, în scop terapeutic sunt folosiți *doar estrogeni sintetici* (care nu vor mai fi inactivați de către ficat), cu durată şi potențial de acțiune care să le permită administrarea pe gură. Ei sunt obținuți fie prin esterificarea hormonului natural, fie prin substituirea lui cu derivați care vor fi însă metabolizați mai încet în organism[10].

---

[7] Ibidem;

[8] Ibidem;

[9] Maria Florescu, Nicolae Cernea, Cristina Simionescu, *op. cit.*, p. 27;

[10] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *Manual de planificare familială, Text de referință*, 2000, cap. Contraceptivele orale, de Lote Şurtea, p.5-5.

Comentarii

– organismul feminin dispune de o rezervă de hormoni estrogeni, rezultați din transformarea hormonilor androgeni (masculini) la nivelul țesutului grăsos şi, în mai mică măsură, la nivelul ficatului şi a creierului;

– aceşti estrogeni „de rezervă” sunt responsabili de *protecția față de osteoporoză*, dar şi de riscul crescut de a dezvolta un cancer la femeile obeze!

– *prin folosirea contraceptivelor hormonale, nu se mai sintetizează hormonii naturali* decât într-o cantitate foarte mică, fapt ce duce la o lipsă a prevenirii osteoporozei, dar şi la predispunere la formarea de tumori canceroase, din cauza obezității pe care o produce (vezi efectele secundare ale pilulei în cap. V.: Metode contraceptive şi abortive).

• Acțiunea hormonilor estrogeni naturali

– estrogenii exercită anumite acțiuni asupra glandelor genitale feminine şi masculine, precum şi asupra altor țesuturi şi organe;

– acțiunea lor este diferită în funcție de vârsta organismului şi de doza lor: dozele mici sunt necesare dezvoltării foliculare fiziologice (normale); doze mari şi prelungite inhibă ovarul, deci ovulația;

– la femeia fertilă, concentrația hormonilor estrogeni se modifică de mai multe ori în timpul ciclului menstrual[11].

• acțiunea estrogenilor asupra organelor genitale feminine:

Generalități:

– estrogenii *pregătesc acțiunea hormonului progesteron* asupra organelor genitale (asupra aparatului reproductiv), fapt care explică necesitatea raportului optim estrogeni – progesteroni pentru buna funcționare a acestuia;

[11] Maria Florescu, Nicolae Cernea, Cristina Simionescu, *op. cit.*, p. 143;

– estrogenii au un rol stimulator, proliferativ asupra aparatului reproductiv, iar progesteronul are rol de modelare a proliferării; *din acest motiv, administrarea în scop terapeutic a estrogenilor trebuie să fie întotdeauna urmată de administrarea progesteronului pentru evitarea unor proliferări necontrolate de estrogen*[12];

Acțiunea estrogenilor în prima jumătate a ciclului menstrual (faza proliferativă):

– *la nivelul vaginului:* estrogenii stimulează proliferarea şi maturarea epiteliului superficial;

– *la nivelul colului uterin:* cresc cantitatea de apă din mucusul secretat la acest nivel, înlesnind pătrunderea spermatozoizilor în uter;

– *la nivelul mucoasei uterine:* stimulează proliferarea (dezvoltarea) acesteia;

– *la nivelul musculaturii uterine:* stimulează proliferarea ei (creşterea ei);

– *la nivelul trompelor uterine:* creşte peristaltismul lor (contracții musculare care vor ajuta la înaintarea oului fecundat spre uter);

– *la nivelul ovarului:* creşterea foliculului ovarian şi maturarea ovulului prin intermediul estrogenilor „informează" hipofiza câ ează creşterea (dezvoltarea) ei[13];

● **acțiunea estrogenilor asupra altor organe decât cele genitale feminine:**

– *țesutul osos* – *acțiune anti-osteoporotică* pentru ambele sexe;

– *epiteliul prostatic* – asigurarea unei integrități morfo-funcționale;

– *metabolismul glucidic* – reduc toleranța la glucide;

– *metabolismul proteic* – sinteza multor proteine şi enzime,

[12] Anca Dragomirescu, *op. cit.*, p. 29;
[13] Ibidem, pp. 30-33.

inclusiv proteinele de transport pentru hormonii estrogeni, testosteron şi tiroidieni;

– *metabolismul lipidic* – scade colesterolul (formațiunea LDL) şi creşte formațiunea benefică a acestuia (HDL colesterol), asigurând astfel o prevenire a bolilor cardiace (coronaropatii); în consecință, are un efect antiaterogen;

– *coagularea sângelui* – creşte factorii de coagulare (VII, IX şi X) şi reduce antitrombina II; *aceste efecte sunt exagerate pentru estrogenii de sinteză (din pilula contraceptivă), fapt* care explică favorizarea trombozelor de către aceştia;

– *cresc angiotensinogenul* (substanță care favorizează creşterea tensiunii arteriale);

– *apă şi sodiu* – rețin apa şi sodiul în organism;

– *temperatura bazală a organismului* – o scad;

– *la nivelul pielii* – determină finețea pielii şi dispoziția feminină a pilozității[14].

● **alte acțiuni**

– *dezvoltarea caracterelor sexuale secundare:* stimulează maturarea întregului aparat genital feminin la pubertate; creşterea osoasă şi închiderea cartilajelor de creştere, care apare la finalul pubertății; distribuie depozitele adipoase la nivelul sânilor şi şoldurilor contribuind la formarea morfotipului feminin;

– *comportament sexual:* stimulează comportamentul sexual (fapt controversat, atribuit mai degrabă androgenilor);

– *în timpul sarcinii*: *nivelul estrogenilor creşte* de *10-100 de ori*; din ziua a 8-a după concepție, placenta va secreta hormonul hCG (hormon gonadotrop) şi o cantitate crescută de estrogeni; din acest motiv, hipofiza nu mai poate primi „semnalul" (când scade estrogenul) şi trebuie eliminat ovulul, deci ***nu*** mai are loc ovulația;

– *după menopauză*, sinteza acestor hormoni cunoaşte o scădere bruscă, importantă.

---

[14] Ibidem;

Comentarii

– constatăm că în dezvoltarea fiziologică armonioasă a organismului feminin, hormonii estrogeni au o pondere foarte mare; ca urmare, orice dereglare a lor va avea consecințe şi asupra sănătății organismului; o cantitate crescută de estrogen sintetic (din pilula contraceptivă) va putea provoca boli precum: tromboflebite, accidente vasculare cerebrale, hipertensiune arterială, creştere în greutate, ateroscleroză, dislipidemii, etc.

– folosind metodele contraceptive hormonale (pilula, injecții, implanturi, sterilet îmbogățit cu hormoni etc.), *întotdeauna va fi dereglat acest echilibru perfect* al estrogenului şi, implicit, întregul lanț hipotalamo-hipofizo-ovarian! Felul în care se produce acest dezechilibru, împreună cu toate efectele secundare, este explicat la cap. V. Metode contraceptive şi abortive.

2). Hormonii estrogeni sintetici (contraceptive hormonale)

a) *Definiție*: **Estrogenul artificial** este definit ca fiind un hormon sintetic, cu o durată şi un potențial de acțiune mai îndelungat, care să permită administrarea lui orală prin modificarea structurii chimice a estrogenului natural[15];

– el devine, astfel, componenta estrogenică a pilulei contraceptive combinate (COC);

– a fost sintetizat în anii ’60 pentru a preveni o sarcină nedorită, deci în scop exclusiv contraceptiv.

b) *Clasificar*e

- *Etinilestradiol*
- *Mestranolul*

[15] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-5.

– ambii hormoni sunt derivaţi din *estrogenul natural* – 17 beta-Estradiol – cu scopul de a mări în mod substanţial capacitatea contraceptivă a acestuia;

– hormonul sintetic *Etinilestradiol* este ***o*** *componentă a pilulei contraceptive* sintetice, alături de hormonul progesteron. Are o activitate mult mai ridicată decât hormonul natural (Estradiol) şi poate fi administrat pe cale orală fără să fie dezactivat. *„El este obţinut din hormonul natural prin adăugarea unui radical etinil în poziţia 17-alfa şi astfel multiplică de peste 50 de ori (!) activitatea lui"*[16].

– difuziunea sa este mai rapidă în organism decât a estrogenului natural, dar *metabolizarea lui este mult încetinită*; timpul de înjumătăţire (timpul la care este metabolizat în procent de 50%) este de aproximativ 10 ore[17];

– *există variaţii individuale foarte largi în farmacodinamia hormonului, ceea ce explică variaţiile de activitate terapeutică şi de efecte secundare de la o pacientă la alta pentru aceeaşi doză administrată*[18];

– modificările, respectiv conjugările, care se fac acestor hormoni, fac însă foarte dificilă metabolizarea lor de către ficat;

– doar un procent de *60% din hormoni va trece în sânge* şi va fi folosit de către organism, *restul (40%) se depozitează în ficat (impregnare hepatică)*[19];

– fixarea intensă a etinilestradiolului în ficat *este responsabilă de efectele metabolice (efecte secundare) observate în timpul administrării*[20];

– din cauza efectelor sale de a *bloca ovulaţia* prin inhibiţia hormonilor hipofizari (acţiune antigonadotropă), etinilestradiolul este estrogenul exclusiv al contraceptivelor combinate[21];

[16] Ibidem, p. 5-6;
[17] Ibidem;
[18] Ibidem;
[19] Ibidem;
[20] Ibidem;
[21] Ibidem;

– acest estrogen sintetic *nu* se administrează izolat din cauza efectelor sale negative, cu *excepţia cazurilor de tratament a infertilităţii de cauză cervicală (afecţiune a colului uterin) şi de tratament antiandrogenic*[22],

– *Mestranolul* are un efect similar cu Etinilestradiolul, având în plus un grup metil în poziţia C3. El este metabolizat în organism şi transformat tot în Etinilestradiol – partea sa activă. Se administrează tot pe cale orală[23].

Comentarii

– am constatat mereu cu stupoare că femeile care consumă aceste pilule contraceptive consideră că avantajele prevenirii unei sarcini sunt mai mari decât faptul că pilula le îmbolnăveşte din cauza numeroaselor sale efecte secundare grave; aş pune acest lucru mai ales pe seama necunoaşterii acestor efecte secundare;

– *efectele secundare se explică* prin faptul că estrogenii sintetici, din cauza modificărilor chimice din structura lor, au o durată şi un potenţial de acţiune mult mai mare decât a celor naturali, fiind, însă, mult mai greu metabolizaţi de către ficat (vezi cap. V – Metode contraceptive şi abortive);

– *de ce nu se recurge la hormonii naturali?* Aceştia, după cum am explicat anterior, nu au niciun efect deoarece se dezactivează imediat în organism dacă sunt administraţi oral. *Atunci ne întrebăm:* dacă în unele boli, precum diabetul zaharat, tratăm insuficienţa insulinei cu o altă insulină (extrasă din pancreas de porc) având exact aceeaşi compoziţie chimică, *lucru ce nu s-a reuşit în cazul estrogenului*, de ce, cunoscând efectele lui secundare, nu se renunţă la acest compus chimic nociv pentru organism? *Pentru tratarea unor boli găsim o motivaţie, dar nu şi pentru avantajele unei planificări familiale menite să ne îmbolnăvească.* Am găsit doar acest răspuns, într-o

[22] Ibidem;
[23] Ibidem.

carte de planificare familială: „Iată de ce contraceptivele au creat o dilemă terapeutică unică: *niciodată atât de multe persoane nu au luat medicamente atât de puternice în mod voluntar şi pe o perioadă atât de îndelungată pentru un alt scop decât pentru tratarea unei boli"*[24].

Acțiunea estrogenilor sintetici

Etinilestradiolul – componenta exclusivă a pilulei:

a) **inhibă ovulația** prin suprimarea (inhibiția) hormonilor hipofizari (FSH şi LH). Astfel, aceşti hormoni hipofizari nu mai stimulează ovarul să secrete hormoni estrogeni endogeni (naturali), concentrația acestora scade, deci ovarul este practic pus în repaus[25].

Comentarii

Doar pilula cu concentrație mai mare de estrogen şi progesteron va inhiba ovulația prin blocarea secreției de hormoni naturali (*efectul contraceptiv al pilulei*); pilula cu doze mici de hormoni (micropilula) nu va inhiba ovulația decât într-un procent mic, iar dacă fecundația a avut loc, embrionul va fi eliminat din cauza *efectului abortiv al pilulei*, care modifică (usucă) mucoasa uterină şi nu permite implantarea embrionului. Vorbim aici de un avort hormonal – timpuriu, care are loc în primele 10-14 zile de la concepție.

Dr. R. Ehmann arată că la aproape 60% din cazurile cercetate apăreau creşteri foliculare (adică aveau loc ovulații). La 4% din cazuri s-a presupus existența unei ovulații la doza de 0,03-0,04 mg ethinylestradiol şi diferite doze de progesteron.

Corespunzător, s-au furnizat şi cote de eşec.

De exemplu:

– La preparatele trei faze – 1,87%

---

[24] Ibidem, extras din Raportul Administrației Americane pentru Alimentație şi Medicamente, p. 5-1;

[25] Ibidem, cap. Contraceptivele orale, de Lote Şurtea, p. 5-11.

– La preparatele două faze – 3,7%
– Minipilula – 13,7%
Pentru minipilulă (pilula monohormonală cu concentrație mică de progesteron), Ludwig a găsit în mod regulat corpora lutea recente[26].

b) inhibă implantația embrionului în uter, prin alterarea mucoasei uterine. Etinilestradiolul singur, în doză suficient de mare, *„creează un endometru nefavorabil implantării blastocistului: slab decidualizat, cu glande atrofiate, cu producția glandulară de glicogen diminuată, deci există mai puțină energie disponibilă pentru supraviețuirea blastocistului în cavitatea uterină"*[27]. Aceleaşi modificări ale mucoasei uterine (endometru) le găsim descrise şi la alți autori: „Endometrul suferă profunde modificări care-l fac inapt nidației (implantării) şi dezvoltării unui ovul fecundat [...]. Microscopia electronică a relevat după 2-3 cicluri de tratament estro-progestativ, prezența unui aspect distrofic al mucoasei uterine realizat prin absența arterelor spiralate, existența unor lacuri venoase cu stază, glande endometriale atrofice, mici, rare, rectilinii...". El continuă cu exemple: *estroprogestativele combinate normodozate* duc la hipoplazia mucoasei uterine prin inhibiția secreției hipotalamo-hipofizo-ovariene; *estroprogestativele minidozate* generează atrofierea (uscarea) mucoasei uterine din cauza conținutului scăzut în estrogen [...][28].

---

[26] Dr.R. Ehmann (medic primar ginecologie / obstetricală spitalul cantonal Stans, Elveția, CH – 6370) în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepționale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog*, Articolul este textul lărgit şi revăzut al conferinței susținute de dr. Rudolf Ehmann pe 22.09.1990 la Dresda, la Congresul internațional „World Federation of Doctors Who Respect Human Life". Traducere de către Asociația Pro-Vita Sibiu, pp. 15-16;
[27] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-11;
[28] V. Luca, D. Nanu, M. Nanu, *Anticoncepție. Anticoncepționale,* Editura Medicală, Bucureşti, 1991, p. 125;

Comentariu

Toate modificările descrise mai sus vor duce la eliminarea embrionului, deci la un *avort timpuriu, hormonal, în primele 10-14 zile de la concepție*.

c) accelerează transportul ovocitului prin trompa uterină[29];

d) alte modificări în organism: stimulează sistemul imun, motiv pentru care un tratament estrogenic poate **induce boli autoimune,** precum Lupus Eritematos Sistemic, Eritem nodos, şi reacții autoimune ca: prurit, eczeme; aceşti hormoni pot avea efecte negative şi asupra psihicului, precum **depresii, insomnii etc.**

Comentariu

Efectele secundare, respectiv bolile induse de pilula contraceptivă, sunt tratate la cap. V . Metode contraceptive şi abortive.

II). Progesteron natural şi artificial (Progestativ de sinteză)

I) Progesteronul natural

a) *Definiție. Sinteză*

– Progesteronul este (ca şi estrogenul) un hormon sexual feminin, secretat de către *ovar* în a doua jumătate a ciclului menstrual, iar în timpul sarcinii în cantități mult mai mari de către *placentă*. O cantitate mică este secretată de către *glandele suprarenale* (corticosuprarenală);

– este, ca şi estrogenul, un hormon steroid derivat de la *colesterol* (vezi schema), fiind şi *un intermediar* în sinteza multor altor hormoni, inclusiv *testosteron şi estrogen*;

[29] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-11.

– secreția hormonului este reglată tot de către centrii superiori din creier (hipotalamus şi hipofiză), ca şi în cazul estrogenului (vezi schema).

b) Acţiunea Progesteronului natural

Generalități

– activitatea cea mai importantă a progesteronului începe după ovulație, în a doua parte a ciclului menstrual (faza secretorie sau luteală): zilele 15-28 ale unui ciclu regulat;

– după ovulație, foliculul ovarian golit de ovul se transformă într-o glandă numită corp galben, care va secreta progesteron.

• **acțiunea asupra organelor genitale feminine**

– la nivelul vaginului – descuamează stratul superficial al mucoasei;

– la nivelul colului uterin – creşte vâscozitatea (densitatea) mucusului secretat la acest nivel prin reducerea conținutului în apă şi săruri, fapt care limitează progresia spermatozoizilor spre uter; creşte tonusul local; *femeia nu este fertilă* în această perioadă;

– la nivelul mucoasei uterine (endometrul) – inhibă creşterea endometrului şi îi conferă acum un aspect „secretor" (celulele secretă glicogen, necesar pentru hrana embrionului, pregătind mucoasa uterină pentru implantarea acestuia); modificările locale ale mucoasei uterine sub acțiunea progesteronului ajung la maxim în ziua a 24-a a ciclului menstrual, după care, *dacă nu a avut loc fecundarea*, scade brusc secreția progesteronului şi începe involuția mucoasei uterine prin distrugerea glandelor, a vaselor sanguine care se rup provocând mici hemoragii, eliminarea lor fiind menstra (vezi Cap. III – Ciclul menstrual);

– la nivelul musculaturii uterine – inhibă creşterea (proliferarea) şi contractilitatea musculaturii (miometrului);

– la nivelul trompelor uterine – inhibă peristaltismul tubar (scade contractilitatea lor);

– la nivelul glandei mamare – stimulează dezvoltarea glandelor, deci o pregăteşte pentru secreția lactată[30].

• **acțiunea asupra altor organe decât cele genitale feminine**

– în metabolismul glucidic – reduce toleranța la glucide;

– apă şi sodiu – elimină apa şi sodiul din organism;

– temperatura bazală – creşte temperatura bazală prin acțiune la nivelul centrului hipotalamic de reglare termică.

• **alte acțiuni**

– are efecte hipnotice, produce efecte anestezice;

– contribuie, alături de estrogen, la dezvoltarea caracterelor sexuale secundare.

CONCLUZIE

Efectul progesteronului natural se opune efectului estrogenilor naturali, în felul acesta modelându-le activitatea.

2). Hormonii sintetici: Progestative de sinteză

a) *Definiție*

Hormonii sintetici se numesc **Progestative de sinteză**, fiind derivați sintetici ai Progesteronului natural (structura lor chimică fiind diferită, a fost schimbată şi denumirea).

b) *Generalități*

– este componenta progesteronică a pilulei contraceptive;

– *poate fi folosit ca unic preparat al pilulei (pilula monohormonală) sau în combinație cu estrogenul (pilula combinată);*

– *diferite modificări în structura chimică a progestativelor sintetice modifică activitatea lor biologică. Din acest motiv, acțiunea farmacologică a contraceptivelor nu poate fi prevăzută pe baza cantității existente în preparat*[31].

---

[30] Anca Dragomirescu, *op. cit.*, pp. 30-33.

[31] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, cap. Contraceptivele orale, de Lote Şurtea,, p. 5-9;

– *nu este suficient să fie evaluată cantitatea contraceptivului administrat, ci este necesară şi evaluarea activităţii biologice a acestuia*[32];

– au fost imaginate o serie de teste pentru verificarea efectelor farmacologice ale hormonilor artificiali derivaţi din estrogen şi progesteron[33]:

● *testul Kaufmann* determină doza de progestativ necesară pentru transformarea unui endometru sub influenţă estrogenică într-un endometru în faza secretorie (sub influenţa progesteronică);

● *nivelul globulinelor serice* etc.

– din punct de vedere *farmacologic*, doar *60% din concentraţia hormonilor intră în sânge* ca să-şi exercite acţiunea, restul se depozitează în ficat *(impregnare hormonală hepatică)*[34].

Comentariu

Spre deosebire de estrogenul sintetic, progestativul de sinteză poate fi administrat ca preparat unic al pilulei contraceptive. Motivul este acela că acest hormon artificial nu are acţiune pe întregul organism (ca estrogenul), ci doar pe organele genitale.

c) *Clasificare şi mod de acţiune*

– sunt ***3 grupe*** de progestative sintetice[35]:

– din *primul grup*, cel mai eficient hormon sintetic este *medroxiprogesteron acetat.* Acţiunea acestui hormon artificial asupra *altor organe decât cele genitale* este următoarea: *acţiune termogenă*, prin creşterea temperaturii bazale (ca şi în cazul progesteronului natural); este mult mai activ decât hormonul natural, *chiar de 1000 de ori mai activ*, motiv pentru care se asociază cu

[32] Ibidem;
[33] Ibidem;
[34] Ibidem, p. 5-10.
[35] Ibidem;

estrogeni pentru a preveni tulburări ale ciclului menstrual; efectele metabolice sunt minore; acetatul de medroxiprogesteron poate induce însă *HTA (hipertensiune arterială);*

– celelalte *două grupe* au *efecte metabolice* mai importante: *cresc insulina*, putând declanşa un diabet zaharat la cei predispuşi; *scad fracțiunea „bună" a colesterolului* (HDL-colesterol); pot *induce HTA*; rețin apa în organism; scad trigliceridele (alte grăsimi dăunătoare). *Efectul lor asupra organelor genitale*: au efect termogen (cresc temperatura) şi antiovulator (inhibă ovulația) foarte pronunțat; la nivelul uterului, opresc repede hemoragia, având un efect hemostatic puternic, degradează glandele (care nu se vor mai umple cu glicogen pentru a putea hrăni embrionul), *atrofiază mucoasa uterină făcând-o inaptă implantării embrionului*.

Toate progestativele sintetice au acelaşi efect asupra organelor genitale interne (ovare, trompe, uter, col uterin), şi anume:

• **inhibă ovulația** prin suprimarea (inhibiția) hormonilor hipofizari (FSH şi LH)[36].

În consecință, aceşti hormoni hipofizari nu mai stimulează ovarul să secrete hormoni progesteroni şi estrogeni naturali, ovarul fiind, practic, pus în repaus.

Comentarii

Prin inhibarea ovulației, hormonii sintetici au *efect contraceptiv*, ovarul fiind pus în repaus. Din cauza efectelor secundare grave, s-a recurs la doze tot mai mici, precum minipilula şi micropilula, care conțin cantități foarte mici de progesteron. Din acest motiv, nu mai este anulată ovulația într-un procent suficient de mare.

Dr. R. Ehmann relatează că „din cauza ratei înalte de efecte secundare obiective şi subiective, fapt curând constatat, procentul de hormoni a fost micşorat conti-

[36] Ibidem, p. 5-11;

nuu. S-a indicat drept ideală o limitare a dozei de inhibitori ai ovulației de 0,05 mg ethinylestradiol, în timp ce fracțiunii de progesteron nu i se dădea prea mare atenție. S-a descoperit apoi că, la o scădere în continuare a fracțiunii de estrogen până la 0,035-0,030 mg ethinylestradiol, este absolut necesară asocierea în inhibitor şi a unui progestagen nou produs, de exemplu desogestrelul. De altfel, este clar că potențialul în progestagen trebuie să fie corespunzător de ridicat. În ultimul timp, se vorbeşte despre „doza de inhibare a ovulației”[37].

Cu toate acestea, sarcina nu se va implanta în uter din cauza atrofierii acestuia prin hormonii artificiali, acesta fiind *efectul lor abortiv* (efect descris anterior).

● **produc o gleră cervicală densă, vâscoasă** (glera fiind secreția colului uterin) care împiedică înaintarea spermatozoizilor spre uter[38].

Comentariu

Acesta este un ***efect contraceptiv*** *al hormonului, dar, din cauza scăderii concentrației lui din pilulă, efectul este mult diminuat, spermatozoizii putând urca spre uter şi trompe pentru a fecunda ovulul.*

● **opresc capacitația spermei**[39], adică împiedică *procesul de maturație* al spermatozoizilor în ascensiunea lor către trompa uterină (este un fenomen spontan, dar este mediat şi de către celulele foliculare din jurul ovulului);

● inhibă activitatea enzimelor, care permit spermatozoizilor să penetreze ovulul, deci **împiedică fecundarea**[40].

[37] Dr. R. Ehmann, *op. cit.*, p. 15.
[38] Ibidem;
[39] Ibidem;
[40] Ibidem;

Comentariu

Ultimele 2 efecte pot fi definite ca fiind *contraceptive*, deoarece împiedică fecundația. Din motivele enumerate mai sus (concentrație mică de hormoni din pilulă) însă, şi aceste efecte sunt mult diminuate, fecundația putând avea loc.

• creează un endometru (mucoasă uterină) nefavorabil implantării embrionului, deci *împiedică implantarea embrionului în uter* (în stadiul *de blastocist – embrion de 10-14 zile)*: mucoasa uterină este slab dezvoltată, cu glande atrofiate (distruse), cu glicogen scăzut în glande[41].

Comentariu

Din cauza faptului că glandele din mucoasa uterină se usucă, fiind lipsite de glicogen, ele nu mai pot hrăni embrionul, iar acesta nu se mai poate implanta în uter, fiind eliminat, deci avortat, în primele 10-14 zile de la concepție. *Acest efect este abortiv*. Cărțile de specialitate continuă să îl numească efect contraceptiv, deşi concepția a avut deja loc.

• **încetinesc transportul ovocitului** (embrionului) prin trompa uterină şi **modifică secrețiile din trompă**[42].

Comentariu

Acest lucru duce la o hrănire insuficientă a embrionului prin uscarea mucoasei trompei uterine, precum şi la imposibilitatea lui de a ajunge la timp în uter, fiind şanse mari ca el să moară şi să fie eliminat. Acesta este un alt *efect abortiv* al contraceptivelor (efect tubar). Dacă supravieţuieşte, se poate implanta în trompă rezultând o sarcină extrauterină. În aceste condiții sarcina nu se va putea dezvolta normal, existând riscul rupturii trompei uterine, cu hemoragie masivă, fatală uneori pentru mamă.

---

[41] Ibidem;
[42] Ibidem;

III). Combinarea estrogenilor sintetici cu cei progestativi

Prin combinarea celor doi hormoni artificiali, se obține *pilula contraceptivă combinată (COC).*

Acțiunea lor combinată :

a) suprimarea ovulației, prin inhibiția secreției hormonilor hipofizari FSH şi LH[43];

b) blocarea penetrării glerei cervicale (a mucusului de la nivelul colului uterin) de către spermatozoizii care nu mai pot pătrunde în uter[44];

c) crearea unui *endometru nefavorabil implantării embrionului în uter*, care astfel va fi eliminat[45].

Comentariu

Primele două efecte sunt *contraceptive*, cel de-al treilea este *abortiv*, toate trei fiind comentate mai sus.

Notă:

Ciclul menstrual normal dispare în timpul folosirii contraceptivelor orale combinate[46].

De ce?

– *pilula produce o amenoree secundară (lipsa menstruației)* atât timp cât este administrată. *Ovarele nu mai prezintă activitate foliculară* (nu se mai dezvoltă foliculii ovarieni şi nu se mai maturizează ovule) în perioada administrării pilulelor, deci se produc cantități foarte mici, ineficiente de hormoni estrogeni şi progesteroni naturali[47];

[43] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, cap. Contraceptivele orale, de Lote Şurtea, p. 5-11;
[44] Ibidem;
[45] Ibidem;
[46] Ibidem; p. 5-12;
[47] Ibidem;

– producția de hormoni hipofizari, precum şi producția de hormoni estrogen şi progesteron de către ovar *nu este complet anulată, dar nivelurile de hormoni din sânge sunt foarte mici*[48];

– *dezvoltarea mucoasei uterine sub acțiunea hormonilor sintetici este incompletă.* Ca urmare, sângerarea (menstruația) *nu* va fi aceeaşi ca una normală, apărută după o dezvoltare completă a mucoasei uterine sub influența hormonilor naturali, ci va fi mai redusă, dar suficientă pentru *a simula o menstruație normală*[49];

– *atrofia endometrială* (uscarea mucoasei uterine, a stratului superficial al acesteia care se elimină în timpul menstruației) apare frecvent la pacientele *care folosesc contraceptive orale*[50]. „Sub acțiunea estroprogestativelor sau a progestativelor, endometrul suferă profunde modificări care-l fac inapt nidației şi dezvoltării unui ovul fecundat, fapt ce contribuie la efectul contraceptiv"[51].

Comentarii

– preparatul hormonal „Pilula" este un preparat chimic, prin care se intervine intenționat în ciclul natural de reglare hormonală al corpului feminin, deconectându-l de la ritmul natural, cu efecte importante asupra întregului organism[52];

– specialiştii în domeniu recunosc faptul că femeia nu va mai avea un ciclu menstrual normal, ci doar o simulare de ciclu. Acest ciclu este, de obicei, puțin cantitativ, mai rar, deci este o reală tulburare de ciclu; ei nu recunosc însă efectul avortiv al contraceptivelor, cu toate că descriu amănunțit atrofierea mucoasei uterine şi imposibilitatea implantării embrionului în uter; motivul este cel al nerecunoaşterii existenței sarcinii decât după implantarea embrionului în uter;

48 Ibidem;
49 Ibidem;
50 Maria Florescu, Nicolae Cernea, Cristina Simionescu, *op. cit.*, p. 67;
51 V. Luca, D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 125;
52 Dr. R. Ehmann, *op. cit.*, p. 14.

– nu se poate cunoaşte exact cantitatea de hormoni rezultată prin sumarea celor naturali şi a celor artificiali, deci nici amploarea efectelor secundare;

– efectele secundare sunt tratate la cap. V: Metode contraceptive şi abortive.

CAPITOLUL V

METODELE CONTRACEPTIVE ŞI ABORTIVE. EFECTELE SECUNDARE DESPRE CARE NU SE VORBEŞTE.

Literatura de specialitate defineşte contracepția ca fiind *metoda care „implică o întrerupere în derularea ciclului fiziologic al concepției. Aceasta se obține prin controlul ovulației, folosind metode care împiedică nidarea sau prevenind întâlnirea ovulului cu spermatozoidul"*[1].

Clasificarea metodelor contraceptive

1. *Metode naturale de planificare familială*
2. *Contraceptive hormonale orale* (combinate / numai cu progestative);
3. *Contraceptive hormonale injectabile* (combinate / numai cu progestative);
4. *Implantele contraceptive*;
5. *Dispozitivele intrauterine* (DIU);
6. *Metodele de barieră şi spermicidele;*
7. *Contracepția de urgență;*
8. *Sterilizarea chirurgicală feminină şi masculină*[2].

---

[1] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *Manual de planificare famillală, Text de referință*, 2000, p. 4-5
[2] Ibidem, pp. 4-5 – 4-6;

9. La această clasificare, alți autori adaugă şi *contracepția imunologică – vaccinurile*[3], motiv pentru care am notat-o pentru a o descrie.

Comentarii

Termenul *„abortiv" (sau „avortiv", amândoi termeni fiind corecți)* nu apare în această clasificare şi nici în alte clasificări ale metodelor contraceptive în literatura de specialitate, deoarece toate metodele mai sus enumerate sunt considerate a fi doar contraceptive. *Motivul:* Medicina nu recunoaşte sarcina decât după nidație (implantarea embrionului în uter). Spre ex.: „Metodele contraceptive de urgență (de a doua zi) sunt acele metode care urmăresc prevenirea unei sarcini după un act sexual neprotejat, posibil fertil. Obiectivul ei este *prevenirea sarcinii încă din stadiul de implantare"*. Deşi Medicina nu recunoaşte sarcina decât după nidație, medicii calculează vârsta sarcinii de la concepție. *În orice definiție a sarcinii, constatăm că începutul ei este considerat tot de la momentul concepției.* Astfel, graviditatea (sau sarcina) este definită ca fiind *„starea femeii gravide din momentul conceperii fătului şi până la naşterea lui"*[4]. Despre acest compromis vorbesc si alți autori: „S-a întâmplat vreodată ca ginecologul să nu ia în calcul cele 12-14 zile de la concepție? După concluziile lor, sarcina ar trebui calculată numai din momentul nidației. Se naşte întrebarea: ce era copilul în acest timp şi în ce stare se află femeia în cele 12 zile de la concepție?". Deci medicii se confruntă cu o dilemă[…]"[5].

Am realizat o *nouă clasificare a metodelor contraceptive*, luând în calcul atât efectul lor contraceptiv, cât şi pe cel abortiv. *Această re-clasificare va fi folosită probabil doar*

[3] V. Luca, D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 196.
[4] ***, DEX – Dicționarul explicativ al limbii române, Editura Univers Enciclopedic, 1998; p. 432.
[5] Renate Böl, *Die Wirkung der Anti-Baby-Pille vor und nach der Empfängnis*, D 69518 Abtsteinach/Odw., 3. überarbeitete Auflage 2001, p. 34;

de către cei care se alătură concepțiilor noastre creștine despre viață.

Am introdus în clasificare și termenul *„abortiv"*, argumentând prin modul lor de acțiune.

Redau mai jos o descriere amănunțită a metodelor contraceptive, a acțiunii lor și a efectelor secundare, având ca sursă diferite materiale din literatura de specialitate, precum și scrierile unor medici din străinătate (ginecologi, embriologi etc.).

Comentariile adăugate își au originea atât în experiența mea, cât mai ales în cea a medicilor amintiți anterior.

Re-clasificare

I). *Metode naturale* – contraceptive

II). *Metode de barieră (locale)* – contraceptive

III). *Contracepția hormonală feminină* – contraceptive și abortive

IV). *Contracepția de urgență (postcoitală)* – abortivă

V). *D.I.U. (sterilетul)* – abortiv

VI). *Sterilizarea chirurgicală voluntară* – contracepție definitivă

VII).*Vaccinuri (contracepție imunologică)* – contraceptive și / sau abortive

I). Metodele naturale

1. Metoda coitului întrerupt;
2. Metoda calendarului (Ogino-Knaus);
3. Metoda mucusului cervical (Billings);
4. Metoda temperaturii bazale (curbei termice),
5. Metoda simpto-termală (combinată: 3 + 4)[6].

1. Metoda coitului întrerupt este considerată a fi cea mai veche metodă contraceptivă reversibilă, care și în epoca modernă mai are mulți adepți. Eficacitatea acestei metode depin-

[6] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 184;

de de capacitatea bărbatului de a-şi controla momentul ejaculării – lucru nu întotdeauna posibil. Trebuie ținut seama că *lichidul preejaculatoriu (din prostată, glande Cowper), conține, de asemenea, spermatozoizi*. Indicele Pearl, adică rata de eşec, este considerat a fi destul de mare, respectiv 18%, citat de International Contraceptive Technology[7].

Dezavantaje psihologice sau chiar medicale:

– *bărbații* se plâng de *neurastenie, tulburări de dinamică sexuală, frustrare*;

– *femeia* poate prezenta *congestie pelviană, dureri pelviene, dispareunie (dureri în timpul actului sexual), frigiditate, tulburări de sensibilitate, lipsa orgasmului*[8].

Comentarii

– este vorba de *păcatul onaniei*! (Facere 38, 9-10);

– reacțiile medicale descrise şi recunoscute de literatura de specialitate sunt datorate în mod cert evitării cursului firesc al unei relații intime între soț şi soție, care are ca scop naşterea de copii, şi nu urmărirea în exclusivitate a plăcerii.

2. Metoda calendarului / abstinența sexuală / metoda Ogino-Knaus: are la bază modificările organelor genitale din perioada ciclului menstrual. Studiind statistic ciclurile menstruale normale ale unui număr mare de femei, în raport cu ovulația, deci cu posibilitățile de fecundație, Ogino şi Knaus au dedus că nu toată perioada dintre menstruații este fecundă, ci numai o perioadă destul de scurtă, în medie de *8 zile*, restul zilelor fiind improprii fecundației. Dificultatea constă în determinarea acestei perioade, deoarece nu toate ciclurile sunt egale la femei, ele variind între *23 şi 40 de zile!* Eşecul este destul de mare din motive obiective sau subiective. Prima cauză obiec-

[7] Ibidem, p. 190.
[8] Ibidem;

tivă este fenomenul preovulației, când ovulația poate surveni în afara zilelor stabilite, iar, pe de altă parte, un contact sexual poate duce uneori, prin impulsurile nervoase declanşate, la o ovulație în afara perioadei normale din mijlocul ciclului sau chiar la o ovulație suplimentară. A doua cauză obiectivă este completa neregularitate a ciclului[9].

3. Metoda mucusului cervical (metoda Billings): John şi Evelyn Billings, medici, soț şi soție din Australia, au descris în 1973 această metodă care se bazează pe observarea modificărilor mucusului, înainte şi după ovulație. Astfel, în primele zile ale ciclului, mucusul cervical (sau glera cervicală) lipseşte, mucoasa vaginală fiind uscată – sunt *„zilele uscate”*, când fertilitatea este scăzută, dar nu imposibilă. După 2-3 zile, creşte secreția hormonilor estrogeni, motiv pentru care, la nivelul colului uterin, se secretă o gleră cervicală mai fluidă, dar vâscoasă şi opacă. În continuare, glera se clarifică, devenind propice ascensiunii spermatozoizilor – sunt *„zilele de vârf”*, când se produce ovulația. În această perioadă, fertilitatea este maximă. După aceea, sub influența progesteronului, glera se tulbură iarăşi, devine mai puțin fluidă, pentru ca apoi să dispară treptat. La 3-4 zile după ovulație, fertilitatea scade, fiind minimă când dispare glera cervicală. Se ține seama şi de micile simptome ale ovulației: durerea intermenstruală, mica sângerare de la mijlocul ciclului, dureri de sân, apariția acneei şi a altor modificări de piele, schimbările comportamentale[10].

4. Metoda temperaturii bazale (a curbei termice): se bazează pe *efectul termogen al progesteronului şi pe modificarea curbei termice în momentul ovulației* (dacă se consideră o singură ovulație într-un ciclu menstrual). Ovulația se produce fie în ultima zi de temperatură bazală, fie în ziua a 2-a sau a 3-a de creştere a temperaturii bazale. Explicația este dată de creşterea con-

[9] Ibidem; p. 185;
[10] Ibidem, p. 187;

centrației de progesteron, cu efectele termogene menționate. În preajma ovulației, temperatura bazală crește cu *0,2-0,4º C*. Această creștere trebuie să fie *3 zile la rând* și să fie mai mare ca temperatura din cele 6 zile anterioare. Spermatozoizii pot supraviețui în medie 3 zile (în cazuri excepționale, însă, și 7 zile!), ca atare, 3 zile după ciclu și după ovulație există o perioadă de fertilitate. La femeile cu cicluri neregulate, această metodă nu poate fi folosită[11].

5.) Metoda simpto-termală (combinată): se referă la combinarea celor două metode: cea termică și cea a mucusului cervical. Conform părerii specialiștilor, combinarea acestor metode la care se adaugă prezența simptomelor ovulației (descrise la cap. respectiv) duc la o eficiență contraceptivă foarte bună[12].

Comentarii

– noi intervenim în planul lui Dumnezeu prin planificarea familială (planning familial), indiferent de metodele folosite, chiar dacă li se spune „metode naturale" pentru a acoperi răul cu o mantie albă;

– contracepție naturală nu există; există doar contracepție;

– aceste metode sunt imorale, ele denotă în final dorința omului de a nu avea copii. Citez pe autorul cărții „Fundamentele Bioeticii Creștine", renumitul *prof. Dr. Tristram Engelhardt jr*. care afirmă că: „*folosirea planificării familiale, fie prin mijloace naturale, fie artificiale, nu este niciodată normă, de fapt este împotriva normei, iar etosul contraceptiv trebuie întotdeauna condamnat*. Norma este încrederea ascetică în providența lui Dumnezeu, în timp ce etosul contraceptiv stă în centrul încrederii cosmopolite liberale în puterile omului și în urmărirea confortului și a propriei satisfacții"[13].

---

[11] Ibidem;
[12] Ibidem, p. 189;
[13] H. Tristram Engelhardt jr., *Fundamentele Bioeticii Creștine. Perspectivă ortodoxă*, Editura Deisis, Sibiu, 2005, p. 353;

– conceptul bioetic ortodox nu acceptă contracepția, nici întreruperea sarcinii din multiple motive: „orice împiedicare a ovulației, efecte spermicide, împiedicarea fertilizării, împiedicarea nidării sau întreruperea sarcinii contravine poruncii biblice care îndeamnă la procreare; efectele secundare ale metodelor contraceptive sunt tot atâtea lezări ale integrității anatomice şi spirituale ale ființei umane, sunt lezări ale templului Duhului Sfânt (adică ale trupului) şi păcate care încarcă cu vinovăție sufletul femeii sau al cuplului; întreruperea cursului sarcinii este de fapt un act criminal, condamnat de Sfânta Scriptură...”[14].

II). Metodele de barieră (locale)

1. Masculine: prezervativul sau condomul

– prezervativul este confecționat din latex;

– uneori, conține spermicide, respectiv un adaus de 0,5 grame Nonoxinol-9 în lubrifiant;

– în cadrul utilizării obişnuite, *rata de eşec variază mult, între 0, 4 – 32 / 100 cupluri / an*[15];

– *rata de eşec se mai numeşte indicele Pearl* şi reprezintă *rata sarcinilor la 100 de femei pe an de utilizare* (mai explicit: câte femei din 100, care folosesc timp de un an aceeaşi metodă contraceptivă, rămân însărcinate). Indicele se exprimă, de obicei, ca un *interval de valori*. Astfel, metodele contraceptive considerate *foarte eficiente* au un indice Pearl de *0-1* (sarcini / 100 femei / an de utilizare), cele *eficiente 2-9* (sarcini / 100 femei / an de utilizare), iar cele *oarecum eficiente 20-30* (sarcini / 100 femei / an de utilizare). *Prezervativul masculin are un indice Pearl, deci o rată de eşec, de 14, dacă este folosit obişnuit, şi de 3*, dacă este folosit corect şi continuu, iar prezervativul feminin are o rată de eşec de

---

[14] Prof. Univ. Dr. Pavel Chirilă, Prof. Univ. Dr. Lucian Gavrilă, Conf. Univ. Dr. Cristina Gavrilovici, Asist. Soc. Drd. Andreea Bândoiu, *Principii de bioetică – o abordare ortodoxă*, Editura Christiana, Bucureşti, 2008, p.199.

[15] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, pp. 162-164;

21 dacă este folosit obişnuit şi de 6 dacă este folosit corect şi continuu[16].

Comentarii

– în rândul tinerilor, rata de eşec este mult mai mare, fiind metoda cea mai des folosită;

– latexul se poate rupe uşor, aceasta fiind una din cauzele de eşec ale acestei metode;

– latexul poate provoca reacţii alergice la femeie;

– îl citez pe *Prof. Dr. R. Ehmann*: „spermicidele folosite sunt substanţe chimice destinate uciderii spermatozoizilor. Relatez o informaţie furnizată de Societatea Central-europeană pentru Medicina Reproducerii, de Societatea Elveţiană pentru Planificarea Familiei şi de Societatea Elveţiană pentru Sterilitate şi Fertilitate în cadrul unei sesiuni de perfecţionare care a avut loc în ianuarie 1989 la Schaffhausen: „Toate sărurile, alifiile, spray-urile, tampoanele, supozitoarele anticoncepţionale conţinând *Nonoxynol-9* nu produc doar reducerea mobilităţii spermatozoizilor şi a funcţiei lor acroseminale, ci au ca efect şi o „decondensare a nucleului lor celular". Se pot produce astfel leziuni moleculare în spermatozoizi şi *modificări ale structurii ADN*. În cazul unei fecundări, acestea conduc la malformaţii ale zigotului. Până în prezent nu s-au semnalat, totuşi, *naşteri cu malformaţii*, pentru că, oricum, embrionii astfel apăruţi se elimină de regulă prin *avort timpuriu*. Aşadar, şi în acest caz ne aflăm în faţa unui efect abortiv, care nu fusese identificat ca atare până în prezent"[17];

---

16 Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p.1-6, (tabel 1.2 – Eficienţa metodelor de contracepţie);

17 Dr. R. Ehmann (medic primar ginecologie / obstetricală spitalul cantonal Stans, Elveţia, CH – 6370) în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepţionale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanţ critic din punctul de vedere al unui ginecolog*, Articolul este textul lărgit şi revăzut al conferinţei susţinute de dr. Rudolf Ehmann pe 22.09.1990 la Dresda, la Congresul internaţional „World Federation of Doctors Who Respect Human Life". Traducere de către Asociaţia Pro-Vita Sibiu, p. 11.

– folosirea prezervativului în programele naționale de prevenire a bolilor cu transmitere sexuală şi în special *HIV / SIDA* este o metodă folosită în mod abuziv, deoarece se ştie că *nu se previne această boală prin folosirea prezervativului*. Astfel, „medicul ginecolog Prinz, din München, a stabilit prin calcule statistice că – la un index Pearl de 5 (adică la o rată de eşec de 5 / 100 cupluri/an), *100 bărbați sunt infectați cu HIV folosind în exclusivitate prezervativul*. Îl putem asemăna cu ruleta rusească. Este deci clară iresponsabilitatea celor care susțin prezervativul ca o protecție împotriva SIDA: se trece alături de miezul problemei şi trebuie să o numim o adevărată şi periculoasă înşelătorie”[18];

– eficacitatea prezervativului în prevenirea infecției cu virusul HIV (virusul imunodeficienței umane) este scăzută deoarece *virusul HIV trece prin prezervativ*! Spermatozoidul are un diametru de 50 de microni. Găurile mici care apar în mod natural în latex (materialul din care este confecționat prezervativul), sunt de 1,0 microni. Virusul HIV are diametrul de 0,1 microni, deci este de 10 ori mai mic. Ca să facem o comparație, gândiți-vă la o furnică ce trece printr-un coş de baschet. Virusul poate trece liber prin găurile prezervativului[19].

2. Feminine: metode de barieră vaginală

– sunt dispozitive care acoperă colul uterin şi previn pătrunderea spermei în canalul cervical; sunt introduse de femeie în vagin înainte de actul sexual[20];

– există mai multe tipuri de metode locale/vaginale:

a). Prezervativul vaginal – metodă de barieră *confecționată din poliuretan (numit Femidon în Europa) sau din latex (SUA*): rata de eşec a fost considerată de 2,6% în decurs de 6 luni după un

[18] Ibidem, p. 11;
[19] Dr. John C. Willke, Barbara H. Willke, *Avortul – Întrebări şi răspunsuri. Să-i iubim pe amândoi!*, Editura Pro Vita Media , Bucureşti, 2007, p. 314
[20] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 165;

studiu în SUA în 1994[21];

b). Spermicidele – sunt substanțe chimice care imobilizează sau distrug spermatozoizii înaintea pătrunderii lor în col; sunt formate din două componente: o substanță inertă (nedăunătoare, inactivă) şi un agent spermicid activ. Acest agent este, în majoritatea cazurilor, *nonoxynolul-9* (descris anterior); alteori se folosesc inhibitori enzimatici sau bactericide / acizi / anestezice locale etc. Spermicidele se folosesc imediat înaintea actului sexual şi se găsesc sub diferite forme: *tablete, ovule, spume, geluri, creme*[22];

c). Diafragma şi cupola cervicală – sunt dispozitive care se introduc în vagin, acoperind colul; rata de eşec în utilizarea *diafragmei* este de 2-15 / 100 femei / an; în cazul *capişonului*, rata de eşec (a graviditații) variază între 8 şi 20 / 100 femei/ an[23];

> Comentarii
>
> – aceste metode sunt contraceptive, adică previn fecundarea fie prin distrugerea spermatozoizilor (spermicidele), fie prin împiedicarea pătrunderii lor în uter (cupola, diafragma, prezervativul vaginal). Ele au rate de eşec destul de mari, iar spermicidele au şi efecte secundare deloc de neglijat. *Prof. Dr. V. Luca (şi colab.)* le numeşte „*probleme încă nerezolvate*", afirmând că „majoritatea substanțelor spermicide se pot absorbi în circulația sistemică. De aceea, este imposibil de afirmat absența oricărui risc potențial, mergând *de la toxicitate asupra organelor vitale şi idiosincrazie (alergie) până la carcinogeneză şi teratogeneză* [...]"[24];
>
> – *Istoricul Pierre Chaunu* afirmă: „Nu există o contracepție, un avort şi o sterilizare, ci toate formează un întreg, una dezvoltându-se din cealaltă. Aşa cum dragostea, sexualitatea şi procreerea sunt un întreg format din

---

[21] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 9-7;
[22] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 179;
[23] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 9-9.
[24] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, pp. 181-182;

adevăruri autonome şi totuşi nedespărțite, aşa şi metodele contraceptive artificiale, avortul şi sterilizarea nu sunt decât trei etape a uneia şi aceleiaşi politici familiale"[25].

III). Contracepția hormonală feminină

Definiție

Reprezintă modalitatea de prevenire a sarcinii cu ajutorul hormonilor sexoizi, administrați **oral, parenteral, vaginal sau prin implant intradermic**[26].

Comentariu

„Promotorilor contracepției le era bine cunoscută realitatea că *nici un anticoncepțional nu poate oferi garanție absolută*, ultima soluție fiind numai avortul. De aceea avortul este necesar ca o asigurare a contracepției şi de aceea este propagat în mod egal"[27];

Istoric

– în 1900, a fost evidențiat faptul că, în ovar*, corpul galben de sarcină, care secretă progesteron, inhibă ovulația*, deci că ar avea un efect contraceptiv[28];

– în 1921, Haberland, profesor la Universitatea din Insbruch, a adus primul în discuție posibilitatea realizării experimentale a contracepției cu ajutorul hormonilor sexoizi ovarieni[29];

[25] **Dr. med. Rudolf Ehmann, Konferenz:** *Verhütung und Sexualität. Segen oder Fluch?***, 23 Oktober 2000, Zürich;**

[26] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 107;

[27] Dr. R. Ehmann (medic primar ginecologie obstetricală spitalul cantonal Stans, Elveția, CH – 6370) în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepționale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog*, Articolul este textul lărgit şi revăzut al conferinței susținute de dr. Rudolf Ehmann pe 22.09.1990 la Dresda, la Congresul internațional „World Federation of Doctors Who Respect Human Life". Traducere de către Asociația Pro-Vita Sibiu, p. 3;

[28] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 108.

[29] Ibidem;

– în 1950, *Frank Colton* şi *Djerassi* sintetizează *primele progestative sintetice cu efect contraceptiv*;

– în *1954, Gr. Pincus, M. C. Chang şi John Rock* utilizează, atât în condiții experimentale, cât şi în clinică, *progestative macrodozate* (cu o cantitate mare de hormon), ei fiind considerați inițiatorii contracepției hormonale;

– în 1955, se sintetizează primul contraceptiv *combinat*, estrogen sintetic cu progestativ (Enovid);

– în *1960*, are loc comercializarea largă în **S.U.A**. a contraceptivelor orale;

– în 1961, apare pe piață şi în *Anglia*;

– în 1963, se sintetizează şi se utilizează *progestative de depozit*, adică în cantitate mare, care se administrează intramuscular, o dată la trei luni *(D.M.P.A.);*

– în 1964, se sintetizează estroprogestative cu doze mari de hormoni: *50* micrograme de estrogen;

– în 1965, se introduc pe piață contraceptive monohormonale cu doze mici de progestative sintetice(micropilula);

– în 1972, se scade doza hormonilor (datorită efectelor secundare) de la 50 la ***30*** micrograme (minipilula)[30];

– în *România*, contraceptivele hormonale au fost introduse pe piață imediat după revoluția din decembrie 1989;

– *un studiu al Sănătăți Reproducerii în România din anul 1999* arată următoarea prevalență a utilizării metodelor contraceptive în România la femeile cu vârsta cuprinsă între 15-44 ani: *36,4% NU* utilizează nicio metodă; *28,8%* utilizează metoda coitului întrerupt; *8,5%* utilizează prezervativul; *7,9% c*ontraceptivele orale; *7,3%* steriletul (DIU); *5,6%* metoda calendarului; *2,8%* spermicide şi *2,5%* sterilizarea permanentă (ligatura trompelor uterine)[31].

---

[30] Ibidem;

[31] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 1-4;

Comentarii

– hormonii folosiţi, estrogenul sintetic şi progestativele, sunt doi hormoni feminini nenaturali (modificaţi în structura lor chimică) care, administraţi unei femei sănătoase (fără tulburări menstruale, deficit de hormoni, chiste ovariene, endometrioză etc.), produc modificări însemnate la nivelul organelor genitale şi a întregului organism, generând un întreg lanţ de *reacţii secundare* care provoacă în timp boli cronice grave mamei, iar asupra copilului efectul este cel al provocării unui *avort timpuriu (avort hormonal)* în primele 10-14 zile după concepţie;

– am numit acest avort timpuriu „*avort hormonal*", fiind provocat de către hormonii conţinuţi în pilula contraceptivă. *Dr. Wilke îl numeşte micro-avort*[32];

– efectul lor contraceptiv este minor în comparaţie cu efectul lor abortiv şi cu efectele lor secundare asupra întregului organism;

– *Dr. Rudolf Ehmann* din Elveţia consideră că „Niciodată până acum nu s-a mai administrat un produs farmaceutic atât de puternic, cu atât de multe efecte necunoscute unor oameni sănătoşi, fără ca să existe necesitate din punct de vedere patologic (medical) / Niciodată până acum nu s-a mai permis prezenţa în comerţ a unui produs farmaceutic cu atât de multe şi de grave efecte secundare cunoscute ca inhibitorii de ovulaţie / Niciodată până acum un produs farmaceutic nu a mai adus atâţia bani industriei chimice. În SUA, pilula este desemnată drept „the biggest moneymaker of pharmaceutics"[33]. Acelaşi medic afirmă: „Prin hormonii artificiali, pilula Anti-Baby are efect asupra mai multor organe din corpul feminin, fie împiedicând sarcina, fie provocând *avort timpuriu*"[34].

[32] Dr. John C. Willke, Barbara H. Willke, *op. cit.*, p. 315.

[33] Dr. R. Ehmann, în colaborare cu Otto Döpper, Mijloace anticoncepţionale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanţ critic din punctul de vedere al unui ginecolog, Traducere de către Asociaţia Pro-Vita Sibiu, p. 29;

[34] Ibidem, p. 14;

Tipuri de contraceptive şi de abortive hormonale

I. Contraceptive şi abortive hormonale *orale*

Clasificare după compoziția chimică

a) Estroprogestative (combinate)

- normodozate;
- minidozate *(minipilula),*
- secvențiale.

b) progestative (monohormonale)

- macrodozate;
- microdozate *(micropilula);*
- cu acțiune întârziată,
- asociate cu alte tipuri de mijloace contraceptive[35].

II. *Contracepția injectabilă;*

III. *Implanturi intradermale*[36].

Structura contraceptivelor hormonale

(vezi şi cap. IV. – Hormonii sexuali feminini)

– *contracepția hormonală se bazează pe folosirea unor preparate hormonale, estrogeni şi progestative, diferite de hormonii naturali* (17-beta estradiol şi progesteron), *prin modificarea structurii chimice a hormonilor naturali*[37];

– „Etinilestradiolul *(estrogenul sintetic)* este obținut din hormonul natural prin adăugarea unui radical etinil în poziția 17-alfa şi, astfel, *se multiplică de peste 50 de ori activitatea lui*"[38];

– difuziunea în organism este mai rapidă decât a estrogenului natural, dar *metabolizarea lui este mult încetinită*; timpul de înjumătățire (timpul în care este metabolizat în procent de 50%) este de aproximativ 10 ore[39];

– *„există variații individuale foarte largi în farmacodinamia hormonului,* ceea ce explică variațiile de activitate terapeutică şi *de*

---

[35] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 110;
[36] Ibidem;
[37] Ibidem, p. 109;
[38] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-6;
[39] Ibidem;

efecte secundare de la o pacientă la alta pentru aceeaşi doză administrată”[40];

– doar un procent de *60% din hormoni va trece în sânge* şi va fi folosit de către organism, *restul (40%) se depozitează în ficat (impregnare hepatică)*[41];

– fixarea intensă a etinilestradiolului în ficat *este responsabilă de efectele metabolice (efecte secundare) observate în timpul administrării*[42];

– din cauza efectelor sale de a *bloca ovulația* prin inhibiția hormonilor hipofizari (acțiune antigonadotropă), etinilestradiolul este estrogenul exclusiv al contraceptivelor combinate[43];

– *diferite modificări în structura chimică a progestativelor sintetice modifică activitatea lor biologică. Din acest motiv, acțiunea farmacologică a contraceptivelor nu poate fi prevăzută pe baza cantității existente în preparat*[44].

– *nu este suficient să fie evaluată cantitatea contraceptivului administrat, ci este necesară şi evaluarea activității biologice a acestuia*[45].

Comentarii

Hormonii *sintetici* au un metabolism modificat, nefiind inactivați în întregime şi într-un interval scurt de către organism, ei stocându-se în ficat şi acționând vreme îndelungată; în acest fel se explică de ce şi după întreruperea consumului lor, reacțiile secundare continuă să existe(tromboflebitele profunde, etc.).

Progesteronul sintetic, numit progestativ, are compoziția chimică modificată, motiv pentru care nu posedă calitățile hormonului natural. Astfel, progesteronul natural poate induce o sarcină, cel sintetic niciodată[46].

[40] Ibidem;
[41] Ibidem;
[42] Ibidem;
[43] Ibidem;
[44] Ibidem, p. 5-9;
[45] Ibidem;
[46] Renate Böl, *op. cit.*, p. 6;

Redau concluziile la care a ajuns *dr. Betty Kamen*, renumită pentru tratamentele ei naturiste cu hormoni naturali, respectiv progesteron natural:

– orice schimbare a configurației moleculare a hormonilor sexuali *modifică efectele acestora*;

– progestativele de sinteză au *o mulțime de efecte secundare*;

– *toate progestativele sunt hormoni de sinteză*, foarte apropiați ca structură de cei naturali, dar diferiți în multe privințe față de aceştia; de aceea, termenul de tratament progesteronic este folosit pentru a descrie mai degrabă administrarea terapeutică a progestativelor de sinteză, decât adevăratul tratament hormonal; din progesteronul natural se formează ceilalți hormoni, nu acelaşi lucru se întâmplă în cazul hormonilor artificiali; *singura asemănare* între progesteronul natural şi cel artificial este aceea că ambii pot determina secreția mucoasei uterine; dacă se compară efectul progesteronului natural cu efectul celui sintetic, se observă că progesteronul natural îmbunătățeşte metabolismul lipidic şi amenoreea fără tulburări ale mucoasei uterine şi fără efecte secundare; un hormon natural nu poate fi brevetat de nicio companie farmaceutică, dar cea mai mică variație a hormonului natural poate fi brevetată! *Aşa se explică oare popularitatea hormonilor de sinteză promovați de fabricile de medicamente?* Ar putea conducerea unei companii farmaceutice să aloce milioane de dolari ca să producă o substanță pentru terapia hormonală, dacă nu ar fi protejată prin brevetarea substanțelor în cauză?”[47].

Deşi hormonii *estrogeni din plante* (fitoestrogeni) au pentru organismul uman o acțiune estrogenică foarte slabă, aceste preparate nu sunt neglijabile. Ele se găsesc în *soia* şi în alte plante. Clasa cea mai importantă o reprezintă clasa izoflavonelor. Ajunse în organismul

[47] Betty Kamen, *Terapia hormonală de substituție DA sau NU?*, SC „Ştiință şi Tehnică” SA, Bucureşti, 1995, p.33;

uman, ele pot acționa ca substanțe care imită estrogenii. De aceea, mai sunt denumite *estrogen-mimetice*. Medicina populară a exploatat empiric mereu aceste proprietăți ale plantelor[48]. S-a observat că asiaticii au o incidență scăzută a osteoporozei şi a cancerelor estrogen-dependente, epidemiologii sugerând drept cauză (după numeroase cercetări) alimentația lor cu soia [...]. Colective de cercetare din SUA, Japonia şi Finlanda au început studii experimentale în ceea ce priveşte folosirea fitoestrogenilor în tratamentul cancerului de sân[49].

Acțiunea pilulei. Efectul contraceptiv şi abortiv

a) *Estrogenul sintetic:*

– *inhibă ovulația* prin suprimarea (inhibiția) hormonilor hipofizari (FSH şi LH). Astfel, aceşti hormoni hipofizari nu mai stimulează ovarul să secrete hormoni estrogeni endogeni, deci ovarul este, practic, pus în repaus[50];

– *inhibă nidația (implantarea) embrionului în uter*, prin alterarea mucoasei uterine[51]

– *accelerează transportul embrionului prin trompa uterină*[52].

Comentarii

– *estrogenul sintetic nu este administrat niciodată singur (fără progesteron)* din cauza unei proliferări exagerate a mucoasei uterine, cu efectele ei secundare grave; de aceea, se combină cu un progestativ;

– *am explicat efectele lor separat pentru o mai bună înțelegere;*

---

[48] Anca Dragomirescu, *Izoflavonele estrogen-mimetice*, Editura Universitatea Medicală, Timişoara, 2003, p. 9;

[49] Ibidem, p. 10;

[50] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-11;

[51] Ibidem;

[52] Ibidem;

> – primul efect descris – *inhibiția ovulației* – este unul *contraceptiv*, deoarece în lipsa ovulației, nu există nici ovul care sa poată fi fecundat;
>
> – al doilea efect – *inhibiția nidației* – descris ca fiind contraceptiv, este de fapt un *efect abortiv* din cauza faptului că estradiolul (împreună cu progestativul din pilulă) „usucă" mucoasa uterină prin degradarea glandelor secretoare de glicogen, care ar fi trebuit să hrănească embrionul. Acesta, ajungând în uter, nu găseşte un mediu prielnic să se implanteze şi va fi eliminat, deci avortat;
>
> – termenul de „inhibiție" a nidației este deseori schimbat cu termenul de „*interceptare*" care înseamnă „împiedicarea unei sarcini prin blocarea nidației oului fecundat"[53];

b) *Progestativul (Progesteron sintetic)*

– *inhibă ovulația* prin suprimarea (inhibiția) hormonilor hipofizari (FSH şi LH). Astfel, aceşti hormoni hipofizari nu mai stimulează ovarul să secrete hormoni progesteroni naturali, endogeni, deci ovarul este, practic, pus în repaus[54];

– *produce o gleră cervicală densă, vâscoasă* (glera fiind secreția colului uterin) care împiedică înaintarea spermatozoizilor spre uter[55];

– *împiedică capacitația spermei*, adică împiedică *procesul de maturație* pe care îl suferă spermatozoizii în mod normal în ascensiunea lor către trompa uterină (este un fenomen spontan, dar este mediat şi de către celulele foliculare din jurul ovulului, celule care au fost stimulate de hormoni)[56];

– inhibă activitatea enzimelor, care permit spermatozoizilor să penetreze ovulul, deci *împiedică fecundarea.*

---

53 Renate Böl, *op. cit.*, p. 16;
54 Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-11;
55 Ibidem;
56 Ibidem;

Comentariu:
aceste 4 efecte sunt *contraceptive*, deoarece *previn* concepția!

– creează un endometru nefavorabil implantării embrionului, deci *împiedică implantarea embrionului în uter (în stadiul de blastocist)*: mucoasa uterină este slab dezvoltată, cu glande atrofiate (distruse), cu scăderea glicogenului (care ar fi trebuit să hrănească embrionul) din glande[57],

– *încetinesc transportul ovocitului* prin trompa uterină şi *modifică secrețiile din trompă*[58].

Comentarii

– aceste 2 efecte *sunt abortive*;

– progestativele creează un mediu nefavorabil implantării în uter a embrionului; acesta *nu se va putea hrăni şi va muri, fiind eliminat*;

– încetinirea transportului embrionului prin trompa uterină (*factorul tubar*) va duce la o hrănire insuficientă a embrionului, precum şi la imposibilitatea de a ajunge la timp în uter, fiind mari şansele de a *muri şi de a fi eliminat*, deci avortat; dacă va supraviețui în trompa uterină, va avea loc aşa-numita *sarcină extrauterină (tubară)*; embrionul nu va fi viabil, trompa se va rupe, dacă nu se intervine la timp, iar hemoragia poate fi fatală pentru femeie;

– acelaşi lucru îl putem deduce şi din informația pe care ne-o prezintă *Schering – Information*: „Estrogenii şi progestagenii influențează mobilitatea tubelor şi, astfel, transportul ovulului, încât ovulul nu mai ajunge în timp util la endometru pentru a găsi condiții favorabile implantării. În afară de aceasta, se modifică şi compoziția secrețiilor tubului şi, ca urmare se modifică şi maturizarea ovulului"[59].

[57] Ibidem;
[58] Ibidem;
[59] Dr. R. Ehmann, în colaborare cu Otto Döpper, Mijloace anticoncepționale.

c) *Combinarea celor doi hormoni: estrogen şi progesteron*

Prin combinarea lor rezultă pilula combinată, respectiv *contraceptivele orale combinate (COC).*

Acțiunea lor:

– *suprimarea (inhibarea) ovulației*, prin suprimarea secreției hormonilor hipofizari FSH şi LH;

– *blocarea penetrării glerei cervicale de către spermatozoizi*, care nu mai pot pătrunde în uter,

– crearea unui *endometru nefavorabil implantării embrionului în uter,* care, astfel, va fi eliminat[60].

Comentarii

Primele două efecte sunt *contraceptive*, cel de-al treilea este *abortiv*; modul de acțiune a fost descris anterior;

Rata de eşec a contraceptivelor este în funcție de concentrația de hormoni, variabilă sau nu:

– *la preparatele combinate*, trei faze (concentrație variabilă a progestativului şi a estrogenului în toate cele trei faze) – *1,87%;* la aceste preparate nu se dă ca sigură inhibarea ovulației; în unele condiții, este posibil să se producă în medie *o ovulație la fiecare 4 luni*;

– la preparatele *combinate*, două faze (primele 7 zile cu estrogen, următoarele 14 zile cu progestativ) – *3,7%;*

– *minipilula* (concentrație mică de hormoni estrogen şi progestativ) – *13,7%*;

– pentru minipilulă, Ludwig a găsit în mod regulat corpul galben recent, adică în *mod regulat au loc ovulații*[61];

Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog, Traducere de către Asociația Pro-Vita Sibiu, p. 18;

[60] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-11;

[61] Dr. R. Ehmann, în colaborare cu Otto Döpper, Mijloace anticoncepționale.

– minipilula *duce de 5 ori mai frecvent la sarcini nedorit*e decât ceilalți inhibitori ai ovulației. Deoarece la un procent de 30-60% dintre femeile care folosesc minipilula *apar tulburări menstruale*, ea este rar administrată[62];

– blocarea implantării embrionului în uter (efectul abortiv) este cel mai frecvent observată în cazul „minipilulei", când, adeseori, nu este inhibată ovulația. „Deoarece în cazul utilizării acestor metode contraceptive (minipilula) se observă des apariția sarcinii, se poate presupune că minipilula poate *îngreuna* implantarea în uter a oului fecundat, dar nu o şi face neapărat"[63].

Toate contraceptivele ce conțin hormoni sunt, de fapt, şi metode abortive. Dar acest avort (hormonal) are loc în cazurile în care are loc şi ovulația. Acest lucru se întâmplă în cazurile de eşec al pilulelor cu doze mai mari *de hormoni, iar în cazul micropilulei şi al minipilulei (care au doze mici de hormoni), avortul hormonal este o regulă*.

Însăşi Firma Shering, una din marile companii producătoare de contraceptive, a recunoscut acest efect al pilulei, chiar şi al „pilulei uşoare" (micropilula). Într-o scrisoare adresată redactorului ziarului „Informatorul" din Viena, Firma Shering scria: „La fel ca şi toate celelalte contraceptive estrogenice şi progesteronice, şi pilula „uşoară" (micropilula) are aceleaşi efecte fiziologice care *împiedică implantarea embrionului în mucoasa uterină*. Efectul ei contraceptiv constă nu doar în aceea că inhibă ovulația şi împiedică ascensiunea spermatozoizilor spre trompa uterină, ci împiedică şi dezvoltarea ciclică şi normală a mucoasei uterine"[64].

Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog, Traducere de către Asociația Pro-Vita Sibiu, p. 15;

[62] Roland Süssmunth, Hrsg, *Empfängnisverhüting- Fakten, Hintergründe, Zusammenhänge,* Hänssler- Verlag, 2000, p. 37;

[63] Renate Böl, *op. cit.*, p. 17;

[64] *Manfred Müller, Mehr Licht. Die Heilung nach der Abtreibung, Wien, 2006, p. 3;*

Efectele secundare ale contraceptivelor hormonale orale combinate (COC) asupra întregului organism

Comentarii

Efectele secundare ale contraceptivelor hormonale combinate (COC) sunt deseori minimalizate în literatura de specialitate, fiind subliniate mai mult avantajele lor, adică efectele contraceptive. Nu am evidențiat în acest capitol avantajele contraceptivelor deoarece nu consider că ele există în cazul unei planificări familiale.

Hormonii sunt utili în diferite tratamente, dar nu putem vorbi de un real tratament hormonal, deoarece utilizăm hormoni sintetici, diferiți de cei naturali, atât ca structură, cât şi ca acțiune şi efecte secundare. De aceea, nici chiar atunci când e vorba de anumite afecțiuni (tulburări ale ciclului menstrual, sindrom premenstrual, acnee, unele chiste ovariene), nu putem vorbi atât de avantajele, cât mai ales de dezavantajele cauzate de multiplele lor efecte secundare. Aceste afecțiuni beneficiază oricum şi de tratamente alternative.

Mi-am propus, în cele ce urmează, să descriu amănunțit efectele secundare ale contraceptivelor hormonale pe care, alături de Prof. Dr. R. Ehmann, le-a descris în mod exhaustiv şi *Dr. Manfred van Treek* le-a descris în mod exhaustiv în cartea sa intitulată „Sindromul hormonal contraceptiv"[65].

1.) Aparatul cardiovascular

– asupra aparatului vascular, contraceptivele hormonale combinate (COC) au un efect negativ major, răspunzător de *creşterea cu 40% a incidenței bolilor cardio-vasculare*[66].

A. *Boala tromboembolică venoasă şi arterială*

– contraceptivele orale combinate favorizează apariția *bo-*

[65] Manfred van Treek, *Das Kontrazeptions-Syndrom: Gesundheitsschädigung durch die Anti-Baby-Pille; unter dem Aspekt der Beeinträchtigung der Monatsblutung durch die Pille*, 2. Aufl. Abtsteinach/Odw.: Derscheider, 1997;

[66] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 127;

lii tromboembolice venoase şi arteriale: a.) 50-75% din cazurile de tromboflebită profundă la femei (afectarea venelor) sunt direct legate de utilizarea contraceptivelor orale[67]; teoretic, *riscul mortalității prin embolii pulmonare la aceste femei este apreciat a fi crescut; b.) afectarea arterelor:* creşte riscul trombozelor arteriale cu 4,4 % şi a bolii Raynaud cu 1,7 %;

– *doza mai mare de estrogen* creşte tendința de coagulare şi de încetinire a circulației sângelui. Astfel, are loc o agregare (lipire) a trombocitelor, care formează un tromb (cheag sanguin) care va adera, se va lipi de peretele venos. Ulterior, prin creşterea acestui cheag, întregul vas va fi *obstruat declanşând tromboză venoasă şi embolie pulmonară.* Mecanismul acestor reacții încă nu este pe deplin explicat. *Riscul acestor tromboze şi embolii este mai mare de 3-11 ori la femeile care utilizează contraceptive orale combinate* (*COC*) față de cele care nu le folosesc[68].

– acest lucru este descris în mod asemănător şi de alți autori: *estrogenii sintetici duc la formarea de cheaguri în sânge* (*prin hiperagregare plachetară – adică se adună trombocitele formând cheagul sanguin*); de asemenea, *ei induc şi formarea de anticorpi de către organism împotriva lor (a estrogenilor sintetici) şi care determină formarea* cheagului sanguin (prin agregare plachetară)[69];

– atunci s-a încercat *scăderea dozelor de estrogen sintetic*, dar nu s-a constatat o modificare în patologie. Astfel, Schindler (1985) recunoaşte: „Această reducere a ethinylestradiolului (estrogenul sintetic din pilulă) a promovat ideea că şi efectele secundare vor scădea remarcabil. Dar în 1980, Böttinger şi colaboratorii au stabilit că trecerea de la aşa-numitele anticoncepționale hormonale cu doză ridicată de estrogen la aşa-numitele anticoncepționale hormonale cu doză redusă de estrogen *nu a condus la niciun fel de modificare semnificativă a efectelor secun-*

[67] Ibidem;
[68] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-20;
[69] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 129;

dare vasculare. Aceasta deschide problema efectelor secundare ale progestagenilor"[70];

– femeile care iau *micropilula Marvelon* (contraceptiv hormonal cu estrogen şi progestativ în cantitate foarte mică) par să aibă un *risc de tromboze sau embolii mai ridicat decât cele ce iau alte pilule, cu doze mai mari de hormoni.* Aceste noi pilule cu puțin estrogen şi progestagen au fost considerate de mulți medici drept un mare progres datorită speranței că ar prezenta un risc mai redus de tromboze şi embolii şi au fost prescrise cu zel în ultimii trei ani[71]..

Comentarii

– noi studii epidemiologice (World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Venous thromboembolic diseses and combined oral contraceptives: results of international multicentre case – control study, 1995 – World Health organisation collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Effect of different progestogens in low oestrogen oral contraceptives on venous thromboembolic disese, 1995-JICK et al., 1995- SPITZER et. al, 1996) arată că „riscul de a dezvolta un trombembolism venos este de 2-3 ori mai mare în cazul contraceptivelor din generația a 3-a comparativ cu cele din generația a 2-a; asta înseamnă că pilula din generația a 3-a NU trebuie administrată femeilor sub 30 de ani!"[72]. În studiul prezentat este vorba de „micropilulă", în special preparatele Femovan, Marvelon şi Minulet;

– Micropilula este o pilulă monofazică (fără variații ale concentrației hormonale pe timpul celor 21 de zile),

[70] Dr. R. Ehmann, în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepționale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog*, Traducere de către Asociația Pro-Vita Sibiu, p. 22;
[71] Ibidem, extras din *„Oberösterreichische Nachrichten vom 20.9.1990*, p. 24;
[72] Roland Süssmuth, *op. cit.*, p. 169;

cu doze mici de estrogen sintetic (30-35 micrograme). Cele mai recente micropilule conțin doar 20 micrograme de Estradiol, denumite şi pilulele „Ultra-low-dose"[73].

B. *Cardiopatia ischemică*

– studiile epidemiologice relevă o mortalitate prin *infarct miocardic* de 3,4 ori mai mare la femeile care folosesc contraceptivele orale[74];

– riscul cardiopatiei ischemice atribuit contraceptivelor orale depinde de vârsta femeii, fiind de 3 ori mai mare la femeile sub 40 de ani şi de 5,7 ori mai mare la femeile între 40-44 ani, posibil şi datorită frecvenței mai crescute la această vârstă a factorilor care predispun la cardiopatia ischemică (diabet zaharat, obezitate, dislipidemii)[75];

– fumatul asociat contracepției estroprogestative creşte, de asemenea, riscul cardiopatiei ischemice la femeile între 38-44 de ani; *riscul infarctului miocardic la fumătoare (peste 20 țigări / zi) este de 39 de ori mai mare!*

– *riscul cardiopatiei ischemice persistă şi după întreruperea tratamentului!*[76]

Comentariu

„Inima bolnavă de pilulă" este denumirea dată *bolii cardiace* din cauza multiplelor modificări ce au loc după utilizarea contracepției; este vorba nu doar de tulburările cardiace; aceste femei au senzația că inima le „sare din loc". Din cauza faptului că nu se constată modificări EKG, nu rareori ele sunt trimise la medicul psihiatru[77].

---

[73] Renate Böl, *op. cit.*, p. 6;
[74] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 128;
[75] Ibidem;
[76] Ibidem;
[77] Manfred van Treek, *Das Kontrazeptions-Syndrom: Gesundheitsschädigung durch die Anti-Baby-Pille; unter dem Aspekt der Beeinträchtigung der Monatsblutung durch die Pille*, 2. Aufl. Abtsteinach/Odw.: Derscheider, p. 14;

C. Hipertensiunea arterială

– deşi estroprogestativele sunt responsabile de creşterea valorilor tensiunii arteriale, în medie cu 5-7 mmHg pentru tensiunea sistolică şi cu 1-3 mmHg pentru cea diastolică, *apariția unei hipertensiuni artriale adevarate (HTA) se observă doar la 5% dintre femei*[78];

– estrogenii din componenta contraceptivelor sunt considerați factorul determinant în geneza HTA[79];

– *un procent de 4-5%,* dintre femeile care folosesc COC, va dezvolta hipertensiune arterială *(HTA, formă medie),* după o perioadă de 5 ani. Mecanismul este cel de creştere a nivelului de angiotensină, *din cauza estrogenului, la niveluri asmenănătoare celor din timpul sarcinii. Progestativul* pare să contribuie şi el la hipertensiune. Acest risc creşte cu vârsta[80].

Comentarii

Hipertensiunea arterială este de două ori mai frecventă la femeile care utilizează pilula din cauza faptului că hormonii influențează sinteza adrenalinei,care este crescută; angiotensina din sânge este, de asemenea, crescută; toate acestea au ca efect reținerea apei în organism care contribuie la creşterea tensiunii arteriale (MSED, S. 1996)[81].

2). *Efecte asupra metabolismului*

A. *metabolismul lipidelor*

– contracepția hormonală estroprogestativă sau progestativă simplă determină *dislipidemii*; *creşterea colesterolemiei totale (LDL şi VLDL – fracțiuni dăunătoare care se depun pe vasele sanguine şi provoacă ateroscleroza)* şi *scăderea HDL-ului* (*fracțiunea bună*

---

[78] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 131;

[79] Ibidem;

[80] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-23;

[81] Manfred van Treek, *Das Kontrazeptions-Syndrom: Gesundheitsschädigung durch die Anti-Baby-Pille; unter dem Aspekt der Beeinträchtigung der Monatsblutung durch die Pille*, 2. Aufl. Abtsteinach/Odw.: Derscheider, 1997, p. 8;

a colesterolului) constituie factori de risc în patogenia vasculară; scăderea dozei estrogenilor şi a progestativelor diminuă acest risc[82];

– administrarea de *COC* produce modificări ale lipoproteinelor: *creşte LDL – colesterolul* şi *scade HDL-colesterolul*[83].

Comentariu

Creşterea colesterolului duce la aterogeneză, adică la depunerea de grăsimi pe arterele pe care le înfundă, declanşând o serie de boli, precum AVC (accident vascular cerebral), IMA (infarct miocardic acut), HTA (hipertensiune arterială) etc.

B. *metabolismul glucidic*

– estroprogestativele sau progestativele simple folosite cu scop contraceptiv modifică metabolismul glucidic, generând *scăderea toleranței la glucoză*; acest lucru este evidențiabil prin proba hiperglicemiei provocate clasice[84];

– scăderea toleranței la glucoză se observă *atât la femeile sănătoase, cât şi al cele cu factori de risc diabetogen*[85];

– frecvența apariției unui *diabet clinic* după administrarea estroprogestativelor este apreciată ca fiind între 3,5-4%[86];

– *contraceptivele pot intensifica un diabet preexistent* sau pot *deveni factori diabetogeni,* inducând apariția formei clinice a bolii la femeile predispuse. Această scădere a toleranței la glucoză este influențată de componenta estrogenică, dar şi de cea progesteronică a pilulei combinate. Studii asupra COC au demonstrat creşterea nivelului de glucoză (glicemie crescută) şi scăderea toleranței la glucoză. Această rezistență la insulină

82 V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 133;
83 Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, pp. 5-13 – 5-14;
84 V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 134;
85 Ibidem; p. 135;
86 Ibidem;

(doze normale de insulină nu mai scad glicemia şi nu o pot menţine la valori normale) determină la rândul ei şi *alte boli*, precum: *hipertensiunea arterială / obezitatea / cardiopatia ischemică / dislipidemii*[87].

C. *metabolismul proteinelor*

– *componenta estrogenică alterează producţia de proteine de către ficat*;

– prin modificarea proteinelor hepatice, *se modifică şi proteinele răspunzătoare de coagularea sângelui.* Astfel (prin creşterea fibrinogenului, a factorilor II, VII, IX, X sau prin inhibiţia coagulării), se va crea fie o stare de hipercoagulabilitate a sângelui cu *creşterea riscului trombozelor,* fie apariţia *complicaţiilor hemoragice*. Aceste efecte depind de doza de estrogen, dar este importantă şi doza şi tipul de progesteron folosit[88];

– *ca şi în sarcină,* scade concentraţia aminoacizilor din sânge şi cresc, în schimb, globulinele hepatice (o fracţiune proteică ce este responsabilă de formarea de anticorpi împotriva propriilor formaţiuni) *provocând bolile autoimune*[89].

– în funcţie de doza de hormoni, creşte angiotensinogenul (substanţă responsabilă de creşterea tensiunii arteriale), dezvoltând aşa-numita *„hipertensiune a pilulei”*[90].

D. *Apa şi electroliţii*

– *COC reţin sarea (Na) în organism,* în consecinţă, este reţinută şi apa; din acest motiv, unele femei dezvoltă edeme şi creştere în greutate.

– cresc retenţia de *azot* în organism;

– *COC sunt „anabolizante”*, deci, ca şi în sarcină, se observă o creştere în greutate (tendinţă spre obezitate)[91].

[87] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-14;
[88] Ibidem; pp. 5-16 – 5-17;
[89] Ibidem, p. 5-17;
[90] Ibidem;
[91] Ibidem;

E. *Vitaminele*

– COC scad producția *vitaminei B6* (piridoxina) din cauza estrogenului[92];

– scade şi producția de *vitamine B2, B12, acid folic şi vit. C*[93].

Comentariu

Majoritatea vitaminelor cunosc o scădere sanguină după utilizarea contraceptivelor: transformarea vit. D3 inactive în forma activă este afectată; scade concentrația vit. B12 şi B6[94]*; MSED: MEYLER´S SIDE EFFECTS OF DRUGS.*

3). *Aparatul genital*

– *COC inhibă ovulația* prin suprimarea secreției hormonilor hipofizari FSH şi LH de către hormonii estrogeni şi / sau hormonii progestativi din pilulă. Ca urmare, nu mai are loc ovulația, menstruația fiind puțin abundentă sau lipsind. *Ce se întâmplă? Ciclul menstrual normal dispare în timpul folosirii contraceptivelor orale*. *Ovarele nu mai prezintă activitate foliculară* (nu se mai dezvoltă foliculii ovarieni şi nu se mai maturizează ovulele) pe perioada administrării pilulelor, deci se produc cantități foarte mici, ineficiente de hormoni estrogeni şi progesteroni naturali (endogeni). *Producția de hormoni hipofizari şi producția de hormoni estrogen şi progesteron de către ovar nu este complet anulată, dar nivelurile de hormoni din sânge sunt foarte mici. Dezvoltarea mucoasei uterine, sub acțiunea hormonilor sintetici, este incompletă. Ca urmare, sângerarea (menstruația) nu va fi aceeaşi ca o menstruație apărută după o dezvoltare completă a mucoasei uterine sub influența hormonilor naturali, ci va fi mai redusă, dar suficientă pentru a simula o menstruație normală*[95].

---

[92] Ibidem;

[93] Ibidem;

[94] Manfred van Treek, *Das Kontrazeptions-Syndrom: Gesundheitsschädigung durch die Anti-Baby-Pille; unter dem Aspekt der Beeinträchtigung der Monatsblutung durch die Pille*, 2. Aufl. Abtsteinach/Odw.: Derscheider, 1997, MSED (*MSED: MEYLER´S SIDE EFFECTS OF DRUGS*), p. 8;

[95] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-12;

Şi alţi autori descriu în mod similar efectul de inhibiţie a ovulaţiei de către COC. Astfel, *Dr. V. Luca* descrie *blocarea secreţiei hipotalamo-hipofizare ca fiind efectul predominant al estrogenilor* care stă, în fapt, la baza contracepţiei hormonale. Acest efect poate persista până la 6 luni după întreruperea contracepţiei, ceea ce se exteriorizează clinic prin lipsa ovulaţiei cu sau fără menstruaţie. [...] Efectul de inhibiţie a ovulaţiei al COC pune în repaus funcţional ovarul. Acelaşi efect se obţine şi prin administrarea injectabilă a progestativelor retard (Depo Provera). Contracepţia progestativă este, însă, *urmată uneori de apariţia chisturilor foliculinice* (ovariene). *În concluzie, efectul contraceptivelor la nivelul organelor ţintă trebuie privit ca o însumare a acţiunii hormonilor sintetici şi a celor naturali.* În acest context, se constată frecvent tulburări de ritm sau flux menstrual de la amenoree (lipsa menstruaţiei) până la menstruaţii frecvente cu menoragii[96].

– *COC blochează penetrarea glerei cervicale de către spermatozoizi,* care, astfel, nu mai pot pătrunde în uter[97];

– *COC creează un endometru nefavorabil implantării embrionului în uter,* embrionul fiind, astfel, eliminat[98];

Comentarii

Primele două efecte sunt *contraceptive*, cel de-al treilea este *abortiv* (vezi acţiunea COC descrisă anterior).

Sterilitatea: nu puţine femei suferă de aşa-numita *„sterilitate post-contraceptivă"*, aceasta instalându-se după mai mulţi ani de folosire a contraceptivelor; după întreruperea lor, nu mai rămân însărcinate; după mai mulţi ani de utilizare a CO se instalează şi riscul avorturilor spontane[99].

[96] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, pp. 136-137;
[97] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-11;
[98] Ibidem;
[99] Manfred van Treek, *Das Kontrazeptions-Syndrom: Gesundheitsschädigung durch die Anti-Baby-Pille; unter dem Aspekt der Beeinträchtigung der Monatsblutung*

4). *Sistemul endocrin*

– hormonii estroprogestativi stimulează sinteza de hormoni tiroidieni, observându-se o creştere a hormonilor tiroidieni T3 şi T4, fără corespondent clinic la nivelul organelor țintă[100].

– alți autori explică aceste modificări în felul următor: *la femeile care utilizează contraceptive orale combinate (COC), au fost identificate modificări metabolice similare celor din sarcină.* Astfel, tiroxina plasmatică (hormonul tiroidian) şi proteinele plasmatice care transportă hormonii tiroidieni cresc[101].

– COC cresc riscul de *adenom hipofizar* (tumoră benignă a hipofizei)[102].

5). *Pielea şi fanerele (păr, unghii)*

– Contraceptivele estroprogestative orale pot genera *modificări la nivelul pielii,* sub formă de *eczeme, urticarie, edem alergic*, *hirsutism* (apariția în exces a părului în locuri unde, în mod normal, nu avem păr*), acnee, seboree (transpirații abundente*), *herpes şi boli autoimune*, precum lupus eritematos cutanat, porfirie cutanată etc.[103];

– *cloasma gravidică* (o hiperpigmentare a pielii la nivelul feței specifică gravidelor) apare după expunere la soare a femeilor care utilizează COC[104];

– *fotosensibilitatea* este un *fenomen comun tuturor COC (contraceptivelor orale combinate)*, odată apărută, ea *tinde să devină permanentă chiar şi după întreruperea administrării lor*[105].

6). *Organe de simț (ochiul)*

– folosirea contracepției orale poate fi larg implicată în patologia oculară, putând provoca apariția *trombozelor şi a hemoragiei vaselor retiniene; dezlipirea de retină* cu orbire constituie o

---

durch die Pille, 2. Aufl. Abtsteinach/Odw.: Derscheider, 1997, p. 20;
[100] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 137;
[101] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-12;
[102] Ibidem, p. 5-24;
[103] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 140;
[104] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-24;
[105] Ibidem;

complicație majoră datorată trombembolismului vaselor retiniene[106];

– *tromboza şi hemoragia* pot duce la pierderea vederii la unul dintre ochi[107].

7). *Sistemul imunitar*

– contraceptivele orale, prin conținutul lor în steroizi sexuali (hormonii sexuali estrogen şi progesteron fiind derivați din colesterol), au o influență complexă asupra răspunsului imun al organismului, cu efect clinico-biologic adesea contradictoriu; în acest context, s-a observat scăderea anticorpilor (imunglobulinele IgA, IgG, IgM) în primele luni de la administrarea COC, ceea ce este considerat a fi *efect estrogenic*; astfel, s-a constatat o sensibilitate crescută față de infecții prin scăderea răspunsului imun sub influența COC; s-a evidențiat şi o scădere a funcțiilor limfocitelor T, element cu rol important în apariția *bolilor autoimune* (când organismul reacționează împotriva unor structuri proprii (Lupus eritematos etc.)[108];

Comentariu

Contraceptivele orale combinate (COC) scad apărarea organismului împotriva infecțiilor. Înmulțirea infecțiilor legate de folosirea pilulei are ca rezultat, pe de o parte, creşterea sterilității, iar pe de alta, sporirea sarcinilor tubare (extrauterine) şi, cu aceasta, o rată crescută de naşteri premature, împreună cu toate posibilele vătămări şi maladii, cum ar fi: tulburări respiratorii, hemoragii cerebrale, pneumonii ale nou-născutului care îl pun în primejdie. Rata de circa *70% infecții chlamydice* printre cele ce folosesc inhibitorii de ovulație capătă o semnificație imensă şi plină de consecințe. Diquelon şi colab. consideră că *spermatozoizii devin posibili purtători ai chlamydiei şi vehiculează infecția la embrion*. Ne putem

[106] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 141;
[107] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-24;
[108] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 141;

chiar imagina că un spermatozoid infectat reușește fecundarea și, deci, embrionul va fi a priori infectat...”[109].

8). Sistemul hepatobiliar

– ficatul este implicat în metabolismul estroprogestativelor. Acestea, prin acumulare excesivă, *pot afecta integritatea morfofuncțională a ficatului*. La rândul ei, disfuncția hepatică, prin diminuarea metabolismului hormonal, amplifică potențialul nociv al preparatului hormonal la nivelul celulelor hepatice, realizându-se astfel un cerc vicios. Patogeneza afectării hepatice sub tratament cu contraceptive este legată de *efectul toxic celular produs de un metabolit al estrogenilor pe un teren genetic determinant*. Factorul genetic incriminat în acest efect este reprezentat de o tulburare în eliminarea unei substanțe (BSP) care constituie o modificare transmisă ereditar. Cea mai frecventă manifestare clinică (simptom) a disfuncției hepatice este icterul colestatic însoțit de mâncărime[110].

– COC predispun și la *formarea de calculi biliari* (pietre la fiere), prin mai multe mecanisme, precum alterarea contractibilității colecistului, a creșterii insolubilității colesterolului în bilă care astfel precipită și se formează calculul etc.[111].

– *hepatita cronică asimptomatică* poate fi agravată de CO, devenind simptomatică[112];

– *efectul vascular negativ* al estroprogestativelor se poate manifesta și la nivelul vaselor hepatice prin apariția sindromului Budd-Chiari, adică tromboza venelor suprahepatice[113];

– *adenomul hepatic* este o tumoră benignă de ficat care poate apărea ca urmare a unui consum prelungit de contracepti-

[109] Dr. R. Ehmann, în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepționale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbește. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog,* Traducere de către Asociația Pro-Vita Sibiu, p. 25;
[110] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 141;
[111] Ibidem;
[112] Ibidem, p. 142;
[113] Ibidem;

ve[114]. Acelaşi lucru este descris şi de alţi autori care arată că are loc dezvoltarea unei hiperplazii nodulare focale hepatice şi a unor formaţiuni tumorale benigne *după folosirea unor doze crescute de estrogeni*. Prin ruperea acestor formaţiuni, se poate produce o sângerare masivă cu şoc hemoragic, care, uneori, este fatală[115].

> Comentarii
>
> Cercetările experimentale indică *grave şi ireversibile vătămări ale hormonului de metabolizare P-450 din sistemul enzimatic al ficatului*, produse de *progestagenul* sintetic conţinut de *Femovan / Gynovin / Minulet*. Mai mult: „Anticoncepţionalele conţinând gestoden puse acum la dispoziţia publicului sunt supravegheate. *La administrare individuală sau pe mai multe luni, ele conduc la nivele de hormoni excesiv de înalte, care nu sunt necesare pentru siguranţa anticoncepţională. De acest fenomen sunt, probabil, legate o serie de efecte dăunătoare ale pilulei, cum ar fi hipertensiune arterială* şi *risc de tromboembolie*. Cine prescrie Femovan / Gynovin / Minulet trebuie să aibă certitudinea că tratamentul cu această „micropilulă" e de neînlocuit. *Producătorii acestui preparat nu pot răspunde convingător la atât de întemeiatele dubii ştiinţifice ale momentului actual*"[116].

9). *Aparatul urinar*

– *administrarea COC creşte riscul apariţiei infecţiilor urinare* de 1,22 – 1,54 ori la vârste cuprinse între 35-40 ani[117];

10). *Cancerul*

– COC favorizează apariţia anumitor tipuri de cancer şi re-

---

114 . Ibidem;
115 Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-24;
116 Dr. R. Ehmann, în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepţionale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanţ critic din punctul de vedere al unui ginecolog*, Traducere de către Asociaţia Pro-Vita Sibiu, p. 23;
117 V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 142;

duc riscul apariției altora; astfel, studiile epidemiologice au evidențiat o *creştere a riscului cancerului de sân, de col uterin, a cancerului de ficat (dar şi a tumorilor benigne hepatice) şi a cancerului de piele, precum şi o scădere a riscului cancerului uterin şi ovarian*[118];

– majoritatea studiilor atestă administrarea *COC ca factor de risc pentru cancerul de sân*, mai ales în prezența unor condiții speciale:

- prezența tardivă a primei sarcini (după vârsta de 25 ani) şi folosirea contraceptivelor pentru prevenirea acestora;
- un număr crescut de avorturi precoce până în luna a 3-a;
- folosirea îndelungată a contraceptivelor combinate (peste 8-10 ani!);
- avorturi precoce multiple;
- utilizarea COC la femeile peste 30-35 ani[119].

– *cancerul de col uterin* poate apărea după un consum prelungit de COC de peste 5 ani. Riscul apariției acestui tip de cancer creşte cu 1,3 – 1,8 %. Studiul Oxford / FPA arată o creştere a frecvenței tuturor formelor de cancer de col uterin raportat la durata de utilizare a COC[120]; afirmații asemănătoare găsim şi la alți autori: „evoluția spre cancer a leziunilor date de HPV comportă probabil activarea sau inactivarea unor *gene necunoscute*, poate sub influența unor cofactori ca *administrarea de contraceptive orale, tabagism* şi alți factori mai puțin cunoscuți"[121].

Comentarii

– Joyeux Montpellier vede o legătură directă între inhibitorii de ovulație şi carcinomul mamar: „Cancerul de sân nu se manifestă chiar din primul an următor ad-

[118] Ibidem; p. 143;
[119] Ibidem, p. 144;
[120] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-24;
[121] Traian Ciucă, *Boli transmisibile pe cale sexuală*, Editura Ştiințifică, Bucureşti, 1993, pp. 61-63;

ministrării de hormoni, ci zece sau chiar mai mulți ani mai târziu. De aceea, nu se constată apariția sa. În perioada actuală, asistăm la o creştere explozivă a cazurilor de cancer ovarian şi de sân..."[122].

– după Forman şi colab., 1986, administrarea de inhibitori de ovulație creează un risc relativ sporit de 3,8 ori de apariție a carcinomului celulelor hepatice. Iar o administrare de 8 sau mai mulți ani creşte riscul relativ la 20,1 ori[123].

– Beral şi colab. au constatat în 1977 că femeile care au luat timp îndelungat inhibitori de ovulație prezintă rate mai înalte de *melanoame maligne* şi alte carcinoame ale pielii, decât femeile care nu au luat niciodată pilula. Creşterea numărului de carcinoame se limitează *la membrele inferioare*[124].

11). Malformații

În „materialul de avort" al femeilor care au rămas însărcinate în timpul administrării pilulei sau în primele 6 luni după administrare se pot constata:

– tulburări cromozomiale (triploidie şi monosomie X) în 48% din cazuri;

– polipolidie (multiplicarea seriei cromozomiale peste numărul normal) în 30% din cazuri.

Aceste cifre sunt clar superioare celor de la femeile care au rămas însărcinate fără să fi luat pilula (22%) şi, respectiv, (5%). Fülgraff şi Palm menționează în „Manual de Farmacoterapie-Farmacologie clinică", la capitolul „Situații speciale în terapia medicală din perioada de sarcină şi de menopauză" anumite efecte ale administrării de anticoncepționale: aspect anor-

[122] Dr. R. Ehmann, în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepționale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog,* Traducere de către Asociația Pro-Vita Sibiu, p. 26;
[123] Ibidem, p. 27;
[124] Ibidem;

mal exterior pentru sexul respectiv, anomalii în masa corporală a membrelor, inimă, esofag, trahee şi rinichi[125].

După Kabarity şi Mazrooei (1984), *anumiți inhibitori de ovulație induc aspecte inhibitoare ale diviziunii celulare*, care au ca urmare profaze anormale şi un considerabil număr de micronuclee. *După tipul de progestageni, diferă şi exprimarea mai tare sau mai slabă a acestor modificări.* Pinto descria în 1986 rupturi (întreruperi) cromozomiale în limfocite corelate cu administrarea pilulei. Aceste constatări făcute *in vivo* (pe viu) arată o creştere semnificativă de aberații cromozomiale. Liu şi Ding reuşeau să stabilească în 1987, prin experiențe pe animale, apariția de modificări cromozomiale la sarcinile timpurii în urma administrării de inhibitori de ovulație. Ei trag concluzia că la om, în urma eşecurilor pilulei, există un potențial efect mutaționist ca pericol pentru făt. Dovada rupturilor cromozomiale ne face să presupunem cu îndreptățire urmări teribile pentru generațiile următoare[126].

12). *Sistemul nervos central*

– modificările produse la nivel de SNC se manifestă clinic prin: *cefalee; migrenă; depresie nervoasă; scăderea sau creşterea libidoului; hiperexcitabilitate cu nervozitate*[127];

– *cefaleea:* este legată atât de *retenția apei* în organism din cauza estroprogestativelor, cât şi de un *accident vascular cerebral*; la epileptici, se poate declanşa o *criză epileptică*[128];

– *depresia şi tulburările neuropsihice* se pare că se datorează scăderii producției unei substanțe cerebrale (serotonina). Se ştie că această substanță ne dă o stare de bine, psihică şi neurologică[129];

---

[125] Dr. R. Ehmann, în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepționale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog,* Traducere de către Asociația Pro-Vita Sibiu, p. 28;
[126] Ibidem;
[127] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 139;
[128] Ibidem;
[129] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-18;

Comentarii:

Medici din Occident au remarcat o serie de modificări neurologice şi psihice date de contraceptivele hormonale şi care sunt practic ignorate de către medicii de planificare familială. Redau mai jos unele dintre aceste modificări patologice:

A. *Tulburări neurologice*

– în ultimii 10 ani, s-a observat *o creştere a frecvenţei simptomelor şi a sindroamelor neurologice* (un grup de boli cu simptome comune) la fete tinere şi la femei care folosesc contraceptive hormonale mai mulţi ani; *cauza acestor simptome o reprezintă modificările vasculare* (mai ales trombotice) pe care le produc contraceptivele hormonale la nivelul creierului[130];

– s-a realizat o stadializare a acestor simptome:

• *stadiul I (forma uşoară)*: tulburări ale funcţiilor cerebrale precum o tulburare de vedere pentru scurtă durată (vedere înceţoşată), vedere „dublă", ameţeli, dureri de cap. După oprirea administrării de contraceptive, aceste simptome dispar;

• *stadiul II:* prezintă simptome mai clare precum *hemipareze* (paralizia unei jumătăţi de corp) frecvent reversibilă după oprirea contracepţiei şi reapărând după o nouă administrare a acesteia;

• *stadiul III:* tulburări neurologice grave (paralizii) cu sechele cronice;

• *stadiul IV: moarte* prin complicaţii. Postmortem s-au constatat edeme cerebrale, hemoragii cerebrale etc.[131].

– Sub acţiunea pilulei, apar frecvent tulburări ale sensibilităţii pielii, sub formă de senzaţii de amorţeală (hipoestezie), care sunt probabil rezultatul deficitului vitaminic[132].

---

[130] Roland Süssmunth, *op. cit.*, p. 309;

[131] Ibidem, pp. 310-311;

[132] Manfred van Treek, *Das Kontrazeptions-Syndrom: Gesundheitsschädigung durch die Anti-Baby-Pille; unter dem Aspekt der Beeinträchtigung der Monatsblutung durch die Pille*, 2. Aufl. Abtsteinach/Odw.: Derscheider, 1997, p. 24;

B. *Tulburări psihice:*

Despre efectele pilulei, Peterson (1978) se pronunţă astfel: „Înspăimântătoarea înrăutăţire a afectivităţii (stare sufletească şi impulsivitate) şi a relaţiilor interumane la grupa celor ce folosesc pilula este produsă, fără îndoială, într-o bună măsură de psihosindromul endocrin (M. Bleuer) provocat de acţiunea hormonilor; dar şi motivaţia anticoncepţională ambivalentă, neclară, a multor femei le dezechilibrează foarte mult". Pornind de la propria lor experienţă, femeile spun următoarele: stare de spirit depresivă, mergând până la depresiunea propriu-zisă. De asemenea, ele remarcă prin auto-observaţie modificări de personalitate bine marcate[133].

Concluzii

Interesele companiilor farmaceutice: la un simpozion psihofarmaceutic al Federaţiei Republicane a Industriei Farmaceutice(BPI), s-a recunoscut faptul că deseori Medicina urmăreşte alte scopuri decât cele ale apărării vieţii şi menţinerii sănătăţii oamenilor. Este important de ştiut că *multe studii şi strategii publicitare sunt organizate şi finanţate chiar de către producătorii de contraceptive*. „Pentru fiecare nouă pilulă contraceptivă introdusă pe piaţă se iau măsuri strategice (simpozioane, congrese, conferinţe de presă, Workshops şi simpozioane satelite) care sunt organizate şi parţial sponsorizate chiar de către aceste companii producătoare de contraceptive" (Psychopharma-Symposium, BPI, 1983); chiar şi literatura de specialitate este finanţată parţial de către aceste companii. Spre exemplu, cartea „Contracepţia şi hormoni" de Taubert şi Kuhl a fost cerută şi finanţată de către firma producătoare de contraceptive Shering AG[134].

---

[133] Dr. R. Ehmann, în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepţionale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanţ critic din punctul de vedere al unui ginecolog,* Traducere de către Asociaţia Pro-Vita Sibiu, p. 28;

[134] Renate Böl, *op. cit.*, p. 35;

Indicațiile medicale ale contraceptivelor hormonale în diferite afecțiuni

Literatura de specialitate recomandă administrarea de contraceptive în anumite afecțiuni care necesită tratament hormonal, fără un scop contraceptiv:

A. Contracepția combinată (estroprogestativă) este indicată în următoarele afecțiuni:

- dismenoree;
- tulburări de ritm menstrual;
- chist ovarian;
- endometrioză;
- sindrom premenstrual (dureri de sân, abdominale);
- fibromatoză uterină (fibromul uterin fiind o tumoare benignă a uterului)[135].

B. *Contracepția monohormonală progestativă*

- progestativele injectabile se recomandă femeilor care necesită un tratament progestativ de lungă durată: endometrioză, premenopauză, tulburări menstruale[136].

Comentarii

– aşa cum am mai precizat, tratamentul cu contraceptive (hormoni sintetici) nu poate fi numit tratament hormonal, deoarece structura şi acțiunea hormonilor este modificată;

– preparatul hormonal „Pilula" *este un preparat chimic*, prin care se intervine intenționat în ciclul natural de reglare hormonală a corpului feminin, deconectându-l de la ritmul natural, cu efecte importante asupra întregului organism. Acest tip de produse chimice face parte din clasa steroizilor (de care aparțin şi preparatele cu cortizon), cu toate avantajele şi dezavantajele lor[137].

---

[135] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 150;
[136] Ibidem;
[137] Dr. R. Ehmann, în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepționale. Efec-*

– *beneficiul adus de către contraceptive în aceste afecțiuni este neînsemnat* în comparație cu efectele lor secundare;

– trebuie cunoscut faptul că *există alternative de tratament* al acestor afecțiuni: naturiste, homeopate, medicamente etc. Astfel, medicamentele antiinflamatoare pot rezolva anumite afecțiuni precum sindromul premenstrual (vezi cap. Ciclul menstrual. SPM). Literatura însăși ne specifică faptul că, după un timp mai îndelungat, consumul de CO poate favoriza chiar apariția de chiste ovariene foliculare și tulburări de ciclu menstrual: astfel, pilula cu progesteron duce frecvent la lipsa menstruației (amenoree) și la chiste ovariene (funcționale), cu repercusiuni asupra fertilității[138].

– există tratamente alternative pentru tratarea afecțiunilor sus amintite: tratamente naturiste sau cu hormoni sub formă naturală (progesteron sub formă de ulei, creme, estrogeni din plante precum soia etc.), toate acestea neavând efecte secundare.

Contraindicațiile CO

A) *Contraindicațiile estroprogestativelor* (pilula ce conține estrogen sintetic și progestativ):

1). *afecțiuni vasculare*

– prezența trombozei arteriale sau venoase sau predispoziție pentru aceste afecțiuni;

– boli de inimă (cardiopatie ischemică, hipertensiune arterială etc.);

– migrenă persistentă,

– tulburări ale circulației cerebrale cu atacuri ischemice tranzitorii, AVC în antecedente etc.

2). *afecțiuni hepatice*

te secundare fatale despre care nu se vorbește. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog, Traducere de către Asociația Pro-Vita Sibiu, p. 14;

[138] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 5-45;

– icter în timpul unei sarcini anterioare;
– hepatită virală;
– alte ictere congenitale;
– adenom hepatic,
– porfirie etc.

3). *efecte secundare* apărute la o administrare anterioară a contraceptivelor hormonale:

– alergie;
– *cancer hormonodependent;*
– *cancer de sân.*

4). *alte boli cu indicații relative*

– herpes genital recidivant;
– otoscleroză;
– depresie severă;
– migrenă;
– diabet;
– afecțiune renală cronică;
– boala Crohn;
– malabsorbție;
– astm bronşic;
– boli de sânge;
– artrită reumatoidă;
– boala Hodkin;
– dislipidemii;
– sindrom Raynaud preexistent,
– obezitate etc.[139]

B) *Contraindicațiile progestativelor:*

1). *absolute*

– Prezența unor afecțiuni vasculare severe sau un risc crescut față de acestea;
– Dislipidemii;
– Cardiopatia ischemică;

[139] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, pp. 151-152;

– Boala tromboembolică;
– Efecte secundare apărute în cazul administrării contraceptivelor combinate (estroprogestative) fără a fi legate exclusiv de componenta estrogenică;
– Adenom hepatic;
– Sângerare genitală nediagnosticată,
– Molă hidatiformă recentă.

2). *relative*
– HTA;
– Chist ovarian funcțional;
– Afecțiuni hepatice;
– Cancer dependent de hormoni sexuali (cancer de sân),
– Malabsorbție etc.[140]

Comentarii

– Contraceptivele orale, după cum le spune și denumirea, sunt fabricate și administrate în majoritatea cazurilor cu scopul de a *preveni o sarcină*, deci pentru efectul lor contraceptiv; rămâne un mic procent de cazuri în care ele sunt administrate *ca medicament în diferite afecțiuni* (tulburări de ciclu menstrual, chiste ovariene, endometrioză etc.);

– datorită *multiplelor interferențe metabolice, dar și al efectelor secundare numeroase și grave*, aceste preparate *nu ar trebui administrate niciodată ca metodă contraceptivă* (implicit și abortivă, cele două efecte neputând fi despărțite!), *ci doar în anumite afecțiuni*, dar și în aceste cazuri după o prealabilă consultație și o evaluare foarte minuțioasă a stării de sănătate a pacientei, pentru a elimina multiplele riscuri la care se supune;

– când se prescrie un preparat cu COC, *nu se cunoaște* dacă acea persoană este predispusă la accident vascular cerebral, prin existența unor mici malformații ale vaselor sanguine cerebrale (anevrisme). Acestea sunt

[140] Ibidem, p. 152;

mici dilatații congenitale ale vaselor sanguine cerebrale care se pot rupe, fie datorită unei tensiuni arteriale crescute, fie datorită modificărilor produse de estrogen, provocând accidente vasculare hemoragice grave, frecvent letale (hemoragia subarahnoidiană). *Acest risc este crescut la femeile de peste 35 de ani*. Riscul unei hemoragii cerebrale este la fumătoare de 5,7 ori mai mare decât la nefumătoare; la cele ce iau pilula şi sunt nefumătoare e de 6,5 ori mai mare, iar la cele ce iau pilula şi totodată fumează, de 22 ori mai mare. Chiar şi după renunțarea la pilulă, riscul relativ de hemoragie cerebrală rămâne de 5,3, deci semnificativ mai ridicat[141].

– De asemenea, nu putem cunoaşte dacă acea persoană este predispusă la diabet zaharat, dar prin administrarea îndelungată de estrogen putem declanşa acest diabet care, în alte cazuri, probabil că nu s-ar fi declanşat niciodată, iar acestea sunt exemple valabile şi pentru alte boli.

II. **Contraceptive şi abortive hormonale injectabile**

A). *numai cu progesteron sintetic – progestativ;*

B). *combinate: estro-progesteronice*

A) *conțin numai progesteron de sinteză, în doze mari*

– se administrează prin injecții, existând două produse: *DMPA (Depo-Provera* – 150 mg/flacon) şi *NET-EN* (Noristerat sau Doryaxis – 200 mg/flacon);

– DMPA s-a folosit inițial (anul 1960) pentru prevenirea naşterii premature, în amenințarea de avort şi cancer de mucoasă uterină, când s-a observat că induce o sterilizare prelungită, de câteva luni după întreruperea tratamentului,

– DMPA se administrează la 3 luni, iar NET-EN la 2 luni;

[141] Dr. R. Ehmann, în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepționale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog,* Traducere de către Asociația Pro-Vita Sibiu, p. 22;

– *rata de eşec (indicele Pearl)* este de *0-1 sarcini* / 100 femei / an, fiind mai crescută la femeile tinere şi la cele slabe;

– *în studiile OMS,* 15% din femei au întrerupt administrarea din cauza modificării menstruației şi 12% din cauza amenoreei (lipsa menstruației)[142].

Cum acționează aceste preparate?

– după administrare, particulele de progesteron sunt eliminate lent în circulație şi evită calea absorbției intestinale;

– ele sunt apoi transformate în substanță activă;

– după administrare, concentrația lor este mare, ea scade apoi până atinge un nivel *care blochează ovulația,*

– cea mai importantă şi mai dificilă problemă este variabilitatea concentrației hormonale la paciente de la o zi la alta, în raport cu diverse circumstanțe cum ar fi dieta, activitatea fizică, stress-ul, medicamentele (care variază şi în cazul folosirii CO orale)[143].

Efectele secundareale DMPA (Depo-Provera)

a) *comune:*

Modificări ale ciclului menstrual

– spottinguri (sângerări uşoare);

– sângerări abundente: rare;

– amenoreea (lipsa menstruației): normală;

Creştere în greutate:

– în medie 1-2 kg/an;

b) *întârzierea revenirii fertilității:*

– până la scăderea nivelelor sanguine de DMPA (cu aproximativ 4 luni mai greu în comparație cu femeile care au folosit CO obişnuite);

c) *alte reacții:*

– la unele femei produce: grețuri, cefalee, senzații de tensiune la nivelul sânilor, indispoziție, căderea părului, scăderea

[142] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, pp. 6-1 – 6-2;
[143] Ibidem; 6-4 – 6-5;

apetitului sexual, acnee[144];

Acțiunea lor contraceptivă

– *inhibă ovulați***a** (ca şi contracepția orală) prin suprimarea hormonilor hipofizari şi prin efectul lor antiestrogenic;

– *în plus față de contraceptivele orale*, cele injectabile cu doze mari de progesteron au un efect de blocare a secreției estrogenilor şi lipsa maturării foliculului ovarian şi, implicit, a ovulului;

– *creşte vâscozitatea secrețiilor colului uterin*, care împiedică înaintarea spermatozoizilor spre uter; *inhibă la acest nivel şi capacitația* (un ultim proces de maturare a spermatozoizilor în drumul lor spre trompă)[145].

Comentariu

Aceste două efecte sunt *contraceptive* (vezi comentariile anterioare).

– *încetineşte transportul ovocitului (embrionului) prin trompa uterină;* acest lucru duce la o hrănire insuficientă a embrionului, precum şi la imposibilitatea de a ajunge la timp în uter, deci sunt mari şansele de a muri şi de a fi eliminat, deci avortat;

– *creează un endometru nefavorabil implantării embrionului*, deci împiedică implantarea embrionului în uter; endometrul, adică mucoasa uterină devine subțire, fără arteriole, cu stază venoasă, cu glande mici, împiedicând nidarea (aderarea) embrionului şi dezvoltarea lui (lipsindu-i hrana necesară).

Comentarii

– aceste două efecte sunt *abortive*;

---

144 Robert A., Hatcher, M.D., *Contracepția. Ghid practic,* Population Information Program, Center for Communication Programs, The John Hopkins School of Public Health, Traducere realizată de UNFPA şi SECS în cadrul Proiectului ROM/95/PO1 SSA Nr. UK05/1996, pp. 5-7;

145 Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, pp. 6-20 – 6-21;

– *rata de eşec* a acestor preparate există, iar, în cazul în care se produce o sarcină, nu se poate întrerupe acțiunea preparatului. Ca urmare, va fi avortat acel copil, fie spontan prin faptul că mucoasa uterină este atrofiată sub acțiunea îndelungată a hormonului, fie femeia va recurge la avort chirurgical.

– *doza mare a preparatului*, deci concentrația crescută a hormonului la începutul administrării, nu poate avea decât efecte secundare mai mari decât în cazul administrării sale în doze mici. Acest fapt va avea efect în special asupra mucoasei uterine pe care o atrofiază.

B) combinate (estro-progesteronice)

– Siegel le descrie, în anul 1963, prin combinarea celor doi hormoni estrogen şi progesteron;

– au fost folosite aproape exclusiv în *CHINA (!);*

– *există puține date clinice şi preclinice despre aceste preparate, ultimul descris fiind Cyclofem.*

– noua generație de injectabile combinate sunt folosite doar în câteva țări din *America Latină şi China.* În 1993, aprox. 2 milioane de femei au folosit aceste medicamente,

– în România NU se folosesc aceste preparate[146].

Comentarii

– *rata de eşec* a acestor preparate există, iar, în cazul în care se produce o sarcină, nu se poate întrerupe acțiunea preparatului. Ca urmare, va fi avortat acel copil, fie spontan prin faptul că mucoasa uterină este atrofiată sub acțiunea îndelungată a hormonului, fie femeia va recurge la avort chirurgical.

– *doza mare a preparatului*, deci concentrația crescută a hormonului la început (adică imediat după administrare, când este absorbit în sânge) nu poate avea decât efecte secundare mai mari decât în cazul administrării

[146] Ibidem;

sale în doze mici. Acest fapt va avea efect în special asupra mucoasei uterine pe care o atrofiază.

III). Implanturi hormonale (Norplant)

– Sistemul Norplant a fost dezvoltat în 1974 de Comitetul Internaţional pentru Cercetare Contraceptivă din Consiliul Populaţiei, New York, cu marca înregistrată Norplant. El a fost introdus în programele de planificare familială în 1983. Este înregistrat şi în România[147];

– ele conţin un *progestativ* (levonorgestrel) *de depozit*, înglobat într-o capsulă care se introduce sub piele (subdermal)[148];

– hormonul este eliberat gradat şi sistematic;

– implantele hormonale *se clasifică* după: tipul de suport (care poate fi neresorbabil sau biodegradabil) / nr. de capsule (de la *1 la 6 capsule*) / timpul de eficienţă (*de la 6 luni la 5 ani*);

- Norplant-ul conţine *6 capsule*, pe un timp de *5 ani*;

– *rata de eşec este de 0,2-0,3 sarcini / 100 femei / an şi de 4% pe o perioadă de 5 ani,* deoarece între al 3-lea şi al 5-lea an de utilizare scade concentraţia hormonului din sânge şi, implicit, frecvenţa inhibiţiei ovulaţiei[149].

– *reversibilitatea,* adică revenirea fertilităţii după îndepărtarea Norplantului, este întârziată;

– mecanismul de acţiune este acelaşi ca şi în cazul utilizării progesteronului sintetic pe cale injectabilă: *inhibă ovulaţia* / *creşte vâscozitatea secreţiei* colului uterin / *modifică mucoasa uterină* făcând-o incompatibilă implantării embrionului;

– interacţiunile medicamentoase afectează metabolismul hormonului eliberat de Norplant şi face metoda mai puţin eficientă în prevenirea sarcinii (antibiotice, antiepileptice, fenilbutazonă)[150].

---

[147] Ibidem, p. 7-1;
[148] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*
[149] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 7-1;
[150] Ibidem, pp. 7-2 – 7-3 – 7-4;

Comentariu

În cazul implanturilor, acțiunea şi efectele secundare sunt asemănătoare cu cele ale preparatelor injectabile.

IV). Contracepția de urgență, postcoitală (de a doua zi) = ABORTIVĂ

1). Definiție:

Aceste metode urmăresc *prevenirea unei sarcini după un act sexual neprotejat, posibil fertil. Obiectivul ei este prevenirea sarcinii încă din stadiul de implantare*[151].

Comentarii

- am arătat la începutul capitolului că sarcina nu este recunoscută ca atare de literatura de specialitate decât după implantarea embrionului în uter. Acesta este şi motivul pentru care unele contraceptive de urgență sunt trecute atât ca metode contraceptive, cât şi abortive. Astfel, dacă ele acționează (ex.: RU 486) înainte de implantarea în uter, sunt recunoscute ca fiind contraceptive, iar dacă acționează şi / numai după implantare, ele sunt trecute ca fiind abortive. Ştim că antiprogesteronul RU 486 acționează în special după nidare (zilele 14-49 de la concepție), fiind îndreptat împotriva placentei, deci este abortiv. El este însă considerat a fi şi contraceptiv deoarece acționează şi înainte de implantare…

- dacă fecundația a avut deja loc, *nu* mai poate fi vorba de o *prevenire a sarcinii*! Din acest moment, orice *metodă folosită va fi exclusiv abortivă*! Am arătat că medicina nu recunoaşte existența sarcinii decât după implantare. Până atunci nu este sarcină. Atunci ce este? Embriologii au demonstrat că este totuşi o sarcină, un embrion, un om în dezvoltare, din momentul concepției!

- contracepția de urgență este considerată a fi un „tratament de urgență”, fără a avea de fapt un scop de vin-

[151] Ibidem, p. 11-1;

decare, ci dimpotrivă, are scopul de a ucide o viață abia începută. Ne întâlnim din nou cu situația unui *avort hormonal (timpuriu)*.

- în cazul folosirii DIU (steriletul), avortul este produs atât din cauze mecanice (din cauza materialului din care este confecționat), cât şi din cauze hormonale (prin impregnarea cu progesteron sintetic a steriletului).

2). Frecvența folosirii contracepției de urgență

– *debutul precoce al activității sexuale creşte numărul sarcinilor nedorite;*

– consecințele sociale şi medicale legate de sănătatea tinerilor aflați la vârsta fertilă au fost recunoscute ca probleme majore în multe țări,

– în prezent *42% din cei care folosesc această metodă au sub 20 ani*, iar *28% au sub 25 ani*[152].

3). *Riscul de sarcină*

– *riscul de concepție (sarcină*) variază în funcție de momentul actului sexual față de momentul ovulației. În timpul ovulației, riscul este de 30% sau mai mare, fapt care depinde de fertilitatea intrinsecă a cuplului. În zilele mai puțin fertile sau nefertile riscul este de 0-10%;

– trebuie luat în considerare faptul că *spermatozoizii supraviețuiesc* în tractul genital câteva zile, fiind capabili de fertilizare cel puțin 4 zile după actul sexual[153].

4). *Clasificare*

a.) D.I.U. – descrise mai jos;

b.) metode hormonale;

c.) alte metode[154]**.**

a.) DIU (steriletul) este descris mai jos, la punctul V.

[152] Ibidem, p. 11-2;
[153] Ibidem;
[154] Ibidem, p. 11-5;

b.) Metodele hormonale se administrează în primele 72 de ore de la contactul sexual;

Clasificare:

● *Combinații estrogeni-progestative:*

– *Regimul Yuzpe* este o asociere între 0,2 mg estrogen (etinilestradiol) şi 2 mg progestativ (levonorgestrel)[155]. *Este cea mai folosită metodă la ora actuală*! *OMS recomandă folosirea acestui regim prioritar!* Eficiența este în medie de 75% şi nu este atât de mare ca în cazul estrogenilor în cantitate mare, dar efectele secundare sunt şi ele mai puține.

– Regimul Ovran, Ovidon etc.

● *Estrogeni în doze mari:* se începe tratamentul în primele 3 zile de la contactul sexual neprotejat. Se foloseşte Etinilestradiol *5 mg / zi* timp de 5 zile sau Premarin 10 mg/zi timp de 5 zile[156].

Doza este mare şi poate fi comparată cu doza de estrogeni pe care ar folosi-o femeia timp de 2-3 ani dacă ar lua pilulele cu 30 micrograme stinilestradiol per pilulă[157].

● *Progestativele:* preparatul *Postinor* (Ungaria): 2 tb. de câte 0.75 mg levonorgestrel administrate la interval de 12 ore[158] *sau Norethisteron* (China): *5 mg/zi*, timp de 10-14 zile[159];

Rata de eşec: 0,3- 1,6% pentru estrogeni în doze mari şi *0,2-2,35 %* pentru combinația estro-progestativă[160].

Alte metodecontraceptive de urgență

● *Danazol* (etiniltestosteron): 2 doze de 400 mg la un interval de 12 ore, în primele 3 zile. Nu se cunoaşte bine modul de acțiune. *Este în studiu*. La ora actuală, se foloseşte în *endometrioză*[161].

● *Antiprogestative (Mifepriston): RU 486.*

---

155 Ibidem;
156 Ibidem, p. 11-9;
157 V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 211;
158 Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, pp.11-5;
159 Ibidem;
160 Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, pp. 11-14;
161 Ibidem; 11-13;

– denumirea *RU 486 (Mifespristone/Mifegyne*) vine de la firma franceză Roussel

– Uclaf care l-a sintetizat pentru prima dată în 1980[162];

– în SUA, este folosit *Epostane, un inhibitor al sintezei progesteronului*[163].

– este un compus chimic, un *antiprogesteron*[164];

– Deoarece progesteronul (hormon natural feminin) joacă un rol cheie în procesul reproductiv (influențând mai multe etape ale procesului de implantare a embrionului *prin dezvoltarea endometrului*), orice substanță care împiedică acțiunea hormonului progesteron asupra organelor genitale (mai ales asupra mucoasei uterine), *are activități antifertile*. Ca urmare, poate să *întârzie dezvoltarea endometrului*[165].

– Se administrează timp de 5 zile după un contact sexual neprotejat[166].

Comentarii

În acest caz, *concepția a avut deja loc, deci embrionul există* şi îşi începe drumul prin trompa uterină spre uter. În primele 3-5 zile, când se administrează aceşti hormoni, el ar trebui să se hrănească din secrețiile mucoasei uterine şi să se dividă, pentru a ajunge în stadiul de 16 celule, când ajunge în uter. Doza mare de hormoni administrați (prin regimul Yuzpe) va provoca, însă, mari modificări la nivelul trompei uterine, „uscând-o" pentru a nu mai putea să hrănească embrionul. De asemenea, este încetinit transportul lui prin trompă, deci nu va putea supraviețui. Dacă moare în trompa uterină, va

---

[162] Dr. Med. R. Ehmann, *Ist die „Pille" wirklich nur ein Verhütungsmittel?,* Medizin und Ideologie. Informationsblatt der Europäischen Ärzteaktion, dec. 1991, pp. 12-13;

[163] Ibidem;

[164] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 11-14;

[165] Ibidem;

[166] Ibidem;

fi expulzat, deci avortat. Dacă supraviețuieşte şi rămâne în trompă, se va implanta aici şi se va produce aşa-zisa *sarcină extrauterină, tubară*, fără nicio şansă de supraviețuire, dar foarte periculoasă pentru femeie. Trompa se poate rupe (dacă nu se intervine la timp) şi poate provoca o hemoragie gravă, deseori fatală. Dacă embrionul va supraviețui şi va ajunge în uter, aici va întâlni aceeaşi mucoasă atrofiată de hormoni şi nu se va putea implanta, deci va fi avortat. Este vorba, din nou, de un *avort timpuriu*.

– Pilula de urgență „nu acționează asupra embrionului, ci asupra mucoasei uterine şi influențează transportul lui prin trompa uterină, încetinindu-l. Embrionul, în cele 10 – 14 zile de la concepția lui (denumit pre-embrion de către literatura de specialitate), *nu se mai poate nida, ceea ce duce la moartea lui.* Deci efectul nu este direct, ci indirect”[167];

– *O contraindicație pentru „pilula de urgență”* o reprezintă sarcina extrauterină! Dar aceasta nu poate fi identificată înainte de 1 lună. Dacă nu are loc avortul, copilul se va naşte cu malformații. *Rata de eşec* a acestei metode este în medie de *20%*[168].

– *RU 486* este o substanța cu *acțiune antiprogesteronică*, după cum îi spune şi denumirea, şi are o acțiune inversă decât progesteronul (care ar trebui să dezvolte mucoasa uterină şi să o pregătească pentru implantarea embrionului). Ca urmare, acest lucru nu se mai întâmplă, deci va avea loc distrugerea embrionului, în decurs de 2-4 zile, însoțită fiind de o sângerare; cu cât sarcina este mai mare, cu atât sângerarea va fi mai importantă (până la 1 litru). Alt risc este cel al unei infecții[169].

---

[167] HLI – Report, Human Life International, Schweiz, Nr. 57, Dezember 2006, p. 6;

[168] Dr. Rudolf Ehmann, *Ist die „Pille” wirklich nur ein Verhütungsmittel? Zur nidationshemmenden Wirkung eines Hormonpräparates*, Medizin und Ideologie. Informationsblatt der Europäischen Ärzteaktion, 2/2007, p. 6;

[169] Ibidem, p. 12;

Acest preparat chimic abortiv este descris şi în cap. VI despre avortul chimic şi medicamentos.

V). Dispozitive intrauterine (D.I.U.) – Steriletul

Definiție:

Este o piesă mică, fabricată din metal sau masă plastică, ce are diferite forme şi ce se introduce în uter ***în scop contraceptiv***[170].

Comentarii

În realitate, acțiunea principală a D.I.U. este aceea de a împiedica implantarea embrionului în uter prin modificările pe care le produce la acest nivel. În consecință, va provoca eliminarea embrionului, deci un avort timpuriu! Din acest motiv, denumirea de metodă contraceptivă nu este cea reală, fiind *o metodă în primul rând abortivă*!

DIU îmbogățite cu hormoni pot avea şi un *efect contraceptiv* în cazul în care progestativul din sterilet previne fecundația, fie prin împiedicarea spermatozoizilor în drumul lor spre trompele uterine, fie prin inhibiția ovulației.

Istoric

- primul dispozitiv intrauterin a fost cel atribuit doctorului *Richard Richter* din *Germania, în anul 1909***.** Materialul folosit a fost argintul. După anii 1959-1960, metalul este înlocuit cu plastic-polietilen-material biologic „inactiv" – spun medicii – dar se va demonstra că nu este tocmai aşa[171];
- în *1962,* D.I.U. vor fi folosite pe scară largă în New York[172];
- în 1975, apar pe piață primele sterilete îmbogățite cu hor-

[170] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 8-1;
[171] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 81;
[172] Ibidem;

moni, respectiv *progesteron*[173];

– în *1976,* aceste dispozitive cu progesteron vor fi aprobate şi în *S.U.A.;*

– în *1986, la al XII-lea Congres mondial* asupra fecundității şi sterilității recomandă D.I.U. drept cea mai utilizată metodă contraceptivă[174];

– cea mai înaltă rată de folosire a D.I.U. în lume o are *China* care foloseşte 70% din producția mondială, ceea ce reprezintă 72 milioane de femei[175].

– *în România*, începerea oficială a programului național de contracepție are loc în anul 1990, imediat după Revoluția din decembrie 1989; din acest an, DIU a devenit una dintre metodele cele mai populare în România[176];

Rata de eşec: 1-3 sarcini / 100 femei / an[177].

Clasificarea DIU

1.) active şi medicate: a.) cupru,
b.) substanțe hormonale

2.) inerte: a.) plastic,
b.) oțel

DIU inerte sunt confecționate din aceste materiale fără adaos de hormoni. Ele sunt de domeniul trecutului.

DIU active şi medicate au un adaos de *cupru şi hormoni,* pentru a le creşte eficiența şi a amplifica reacția de corp străin[178].

Folosirea în locul cuprului a unor metale nobile (aur, argint, platină), nu măreşte eficiența contraceptivă[179].

Durata lor de acțiune este de 10 ani[180].

---

173 Ibidem;
174 Ibidem;
175 Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 8-1;
176 Ibidem, p. 8-2;
177 V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 86;
178 Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 8-5;
179 Ibidem;
180 Ibidem;

Mod de acțiune:

– *provoacă o reacție de corp străin* la nivelul uterului, care este accentuată de *prezența cuprului*[181];

– *previne fertilizarea*, prin acțiunea lui contraceptivă: afectează integritatea spermatozoizilor, transportul lor spre trompele uterine. Studii efectuate în Chile, pe două loturi de femei, unul de purtătoare de DIU şi altul care nu folosesc această metodă, care au avut contacte sexuale în timpul ovulației, demonstrează că ovulele recoltate de la lotul cu DIU nu au semne de fecundație şi nici de dezvoltare a unui embrion normal[182];

– *modificările de la nivelul uterului* descrise de către *Prof. Dr. V. Luca* sunt: *biochimice* (inflamatorii, vasculare, de sângerare), *traumatice* (atrofia, adică uscarea mucoasei uterine), *mecanice* (ocupă cavitatea uterină şi nu are loc oul pentru nidație), *imunologice* (scade toleranța uterului la prezența ovulului fecundat, a blastocistului), *hormonale* (produse de progesteron)[183];

– DIU medicate (cu progesteron) afectează mucoasa uterină la fel ca şi preparatele contraceptive hormonale cu progesteron şi *inhibă ovulația*[184].

Complicațiile D.I.U.:

– *hemoragiile: 4,4-15%*;

– *infecția*: bariera complexă antiinfecțioasă reprezentată de mucusul colului uterin este parțial distrusă prin inserția steriletului şi a prezenței unui corp străin, care este firul steriletului, astfel, microorganismele colonizează ascendent mucoasa uterină, sterilă în condiții normale, şi scade, aşadar, şi apărarea antiinfecțioasă a mucoasei; în continuare, colonizarea se produce şi la nivelul trompelor uterine, putând genera o infecție gravă, a întregii regiuni genitale numită pelviperitonită sau chiar peritonită;

---

[181] Ibidem, p. 8-6;

[182] Ibidem;

[183] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 84;

[184] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 8-6;

– *perforația***:** în timpul introducerii intrauterine sau ca urmare a migrării lui transuterine, accidente posibile mai ales dacă se introduce steriletul după un avort sau în utere cicatriciale (după cezariană, cicatrici postavort sau postinfecții etc.),

– *expulzia*: prin contracții uterine apărute imediat după inserție, organismul încercând să elimine acest corp străin, cu o rată de minim 20 expulzii / 100 de femei / an!

– *sarcina ectopică: minim 3/100 femei an!*[185]

– *fragmentarea steriletului* (ruptura materialului din cupru): după 3-5 ani de la inserare, la 3,8 – 5,4% din cazuri se rupe materialul confecționat din cupru[186];

Dezavantajele şi efectele secundare

– *durerea*: survine după inserția DIU, sub formă de contracții uterine. Durează o săptămână, alteori poate persista şi mai mult, din cauza apariției unor complicații, mai ales dacă sunt însoțite de secreții şi sângerări.

– *menstruații abundente*: toate tipurile de DIU produc o creştere de volum a sângerării menstruale.

– *hemoragia*: este o sângerare între menstruații, în cantități mici.

– *scurgerea vaginală*: este o secreție vaginală apoasă.

– *Infecția*: boala inflamatorie pelvină (BIP), definită ca fiind orice infecție ascendentă de la col la uter, trompe şi ovare (cu diferite cauze: boli cu transmitere sexuală, infecții survenite după avort sau naşteri), este favorizată şi de folosirea DIU cu un risc de *1,5-2,6 ori* mai mare decât la femeile care nu îl folosesc; studiul Oxford FPA arată că femeile peste 25 de ani, căsătorite, au o frecvență a BIP de 2 / 100 femei / an.

– *Perforația uterină*: cu o frecvență de *1 la 1000* de cazuri. Survine la aplicarea DIU, când poate fi parțială sau totală când DIU trece prin grosimea peretelui uterin în cavitatea peritoneală.

[185] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, pp. 91-96;
[186] Roland Süssmunth, *op. cit.*, p. 119;

– *Expulsia după inserție*: contracțiile uterine pot mobiliza DIU, expulzându-l, rata de expulzie fiind de *1-10%.*

– *Naşteri premature.*

– *Sarcini extrauterine***:** riscul la purtătoarele de DIU (atât inerte, cât şi cu hormoni) este cu 50% mai mare decât la cele care nu-l folosesc. O sarcină din 30 va fi extrauterină, comparativ cu riscul general de sarcină extrauterină care este de 1 la 125. DIU favorizează in mod direct declanşarea *infecțiilor şi inflamațiilor trompelor uterine, modificând astfel transportul oului fecundat către uter*

– *Sarcina (rata de eşec)*: frecvența sarcinilor la femeile purtătoare de DIU este de *1-2%. Riscul de avort este mare*[187].

Comentarii

– aceste dispozitive (metalul, în special cuprul) sunt recunoscute de către organism ca un *obiect străin* împotriva căruia reacționează pentru a-l elimina. Astfel, apar modificări la nivelul uterului, a colului uterin şi a trompelor uterine;

– *ce este reacția de corp străin? Cuprul* este un obiect străin organismului, care nu îl recunoaşte, şi care provoacă o serie de reacții pentru a-l elimina; în consecință, scade posibilitatea de reacție a mucoasei uterine la hormonii naturali estrogeni şi progesteroni (secretați de ovar), care ar trebui să pregătească uterul pentru implantarea embrionului; dacă are loc o sarcină, aceasta va fi eliminată[188];

– medicina recunoaşte că steriletul are un efect *antinidatoriu (împotriva implantării embrionului în uter)*, dar menționează în continuare că este o metodă contraceptivă, nu şi abortivă. *Se naşte întrebarea*: „ce este acest ou fecundat, acest embrion în timpul celor 10 – 14 zile de la concepție până la implantare?”. El totuşi există. Răs-

[187] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, pp. 8-8 – 8-9;
[188] Roland Süssmunth, *op. cit.*, p. 119;

punsul este mereu acelaşi: *Medicina nu recunoaşte oul fecundat ca fiind o sarcină până la nidație, ci doar după*!

– acest compromis *făcut de Medicină* a fost necesar pentru a nu recunoaşte că provocăm de fapt un avort timpuriu cu aceste metode (şi altele cu efecte asemănătoare);

– în cazul steriletului, vorbim de *un avort realizat prin două mecanisme: mecanic şi hormonal; avortul mecanic* (am putea să-l numim şi chimic sau toxic fără să greşim) este indus *de cupru*, modificările fiind descrise anterior; *avortul hormonal* este produs de *prezența progesteronului sintetic* (numit progestativ), cu care este îmbogățit steriletul şi din cauza căruia au loc modificări profunde la nivelul mucoasei uterine. Astfel, în cazul unui ciclu menstrual normal, fără sterilet, mucoasa uterină suferă o proliferare (dezvoltare) în prima perioadă a ciclului menstrual sub acțiunea estrogenului (primele 14 zile), iar în a doua parte a ciclului (zilele 15-28) are loc o altă modificare a mucoasei uterine prin care aceasta este pregătită să primească embrionul şi să-i asigure condițiile necesare de implantare. În cazul steriletului, avem o continuă modificare unilaterală a mucoasei uterine sub acțiunea zilnică a progesteronului sintetic de pe sterilet; astfel, mucoasa uterină nu se mai dezvoltă în lipsă de estrogen, ci se subțiază, se atrofiază glandele secretoare şi vasele sanguine din mucoasă; în consecință, în primele luni vor avea loc sângerări mai frecvente, mai prelungite şi neregulate; în cazul steriletului modern, „Mirena", are loc o atrofiere („uscare") mai accentuată a mucoasei uterine, ceea ce duce într-un an la lipsa menstruației, nemaiavând loc modificările ciclice ale mucoasei uterine, care nu mai reacționează la stimularea estrogenică[189];

– efectul *contraceptiv* al D.I.U. poate fi concluzionat astfel: mediul nefavorabil acționează şi asupra: a). *spermatozoizilor*, constatându-se modificări calitative, ei fiind „captați" de către endometrul inflamat şi ajungând

[189] Ibidem, pp. 118-119;

doar într-o cantitate redusă în trompe; de asemenea, cuprul are un *efect toxic* asupra spermatozoizilor, b). a *mucusului cervical* care este îngroşat de către progesteron, împiedicând astfel înaintarea spermatozoizilor; c). a *trompelor uterine*, perturbând şi încetinind migrarea spermatozoizilor spre trompe[190];

– *efectul abortiv* poate fi rezumat astfel: a). *modificările ovulului fecundat* de către mediul hormonal (progesteronul sintetic) şi inflamator (cupru) de la nivelul mucoasei uterine; efectul toxic al cuprului în mod direct asupra embrionului; b). *modificările de la nivelul trompelor uterine* prin scăderea contracțiilor acestora, încetinind astfel transportul embrionului către uter, care va muri prin sufocare, neavând suficientă hrană şi fiind, în cele din urmă, avortat; c). *modificările hormonale şi inflamatorii* de la nivelul mucoasei uterine descrise mai sus[191];

– cu toate că steriletul acționează şi ca un contraceptiv prin acțiunea lui nocivă asupra spermatozoizilor şi a ovulului nefecundat, *acțiunea lui principală are loc după fecundare*; astfel, *Andersson* şi *Pascuale* descriu o rată de eşec de *1-3 sarcini la 100 femei purtătoare* de sterilet cu progesteron; rezultate asemănătoare arată şi *Van Kets* pentru steriletul din cupru: aproximativ *2 femei din 100* care au sterilet rămân însărcinate în primii doi ani de la inserarea lui, mai ales femeile tinere la care rata de eşec este mai mare[192];

– alți autori afirmă o rată mult mai mare de eşec: ei citează studii care arată că la 12-19% din femeile purtătoare de sterilet din cupru şi care aveau cicluri menstruale regulate s-a găsit hormonul HCG care denotă prezența unei sarcini[193];

– Spirala (steriletul) este, în primul rând, un mijloc abortiv timpuriu. Prin producerea intenționată a unei

[190] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, pp. 84-85;
[191] Roland Süssmunth, *op. cit.*, pp. 118-121;
[192] Ibidem, p. 121;
[193] Ibidem; p. 118;

congestii de iritație în țesutul conjunctiv uterin, implantarea embrionului este împiedicată, şi acesta moare. Rolul spermicid al cuprului înglobat în materialul spiralei moderne nu schimbă hotărâtor acest mecanism de funcționare. Tot atât de puțin convingătoare este şi descrierea mai recentă a spiralei care pretinde că IUD pur şi simplu ar împiedica fecundarea[194].

Un Părinte compara acest sterilet cu „UN ŞARPE CARE SUGE SÂNGELE COPILULUI!"

VI). Sterilizarea

a). feminină (ligatura trompelor uterine)

Definiție

– este metoda cea mai sigură în prevenirea procreației[195];

– sterilizarea feminină este un procedeu chirurgical, voluntar, efectuat la cererea femeii şi care constă în *blocarea trompelor uterine* – prin tăiere, cauterizare, inele sau clips-uri – împiedicând astfel ca spermatozoizi să ajungă la ovul[196];

– de obicei, *metoda este permanentă, ireversibilă;*

– *În România*, există o *hotărâre ministerială care permite sterilizarea voluntară a femeilor sau cu acceptul familiei în cazul unor deficiențe intelectuale majore. În cazul unor boli severe asociate sarcinii sau în circumstanțe obstetricale speciale, se practică sterilizarea postcezariană*[197].

– Peste 141 milioane de femei din lume au ales această metodă în 1990[198];

– *rata de eşec: 0,02-1,3%* în primii doi ani de la intervenție, *perioadă în care apar cele mai multe eşecuri*. Dacă sterilizarea eşuează, cel mai probabil este să apară o sarcină extrauterină[199].

---

[194] Dr. R. Ehmann, în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepționale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog,* Traducere de către Asociația Pro-Vita Sibiu, p. 10;

[195] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 12-1;

[196] Ibidem;

[197] Ibidem;

[198] Ibidem;

[199] Ibidem; 12-2;

– o refertilizare, adică o repermeabilizare a trompei uterine, depinde de gradul de afectare a trompei uterine şi de locul ocluziei.

– *reacţii adverse pe termen lung* sunt: eşecurile sterilizării tubare şi tulburările menstruale (menstruaţii mai abundente şi prelungite).

b). masculină (vasectomia)

Definiţie

– este o *metodă contraceptivă permanentă a bărbatului* care constă în *blocarea sau secţionarea canalelor / ductelor / vaselor deferente,* care, în mod normal, permit transportul spermatozoizilor pentru a se amesteca cu lichidul spermatic[200]. Ca urmare, este *împiedicată eliminarea spermatozoizilor*[201];

– până în anul 1990, aproximativ 40 milioane de bărbaţi au recurs la această metodă; *China şi India* au fiecare un număr de 12 milioane de bărbaţi cu vasectomie[202];

– rata de eşec este raportată la un procent de sub 1%, prin recanalizare spontană în primele 4 luni[203];

– anestezia este locală, la nivelul scrotului, unde sunt abordate cele 2 canale deferente; intervenţia este relativ simplă şi durează maxim 20 minute[204];

– după operaţie, bărbatul va avea erecţii şi ejaculări normale, cu diferenţa că în lichidul ejaculat (spermatic) nu mai sunt prezenţi spermatozoizi (fapt care poate fi constatat doar prin efectuarea unei spermograme).

Comentarii

Sterilizarea permanentă a femeii sau a bărbatului le ia acestora posibilitatea de a mai fi părinţi în mod voit;

---

[200] Ibidem, p. 12-15;
[201] Ibidem;
[202] Ibidem;
[203] Ibidem, p. 12-16;
[204] Ibidem;

Urmările pe termen lung sunt:

– *Sarcini extrauterine*: Acestea survin în urma unor eşecuri în sterilizare. Diferite studii indică procente variind între 13,6 şi 90% din cazuri. Sarcina extrauterină după sterilizare tubulară este o complicație foarte gravă şi constituie cauza a circa 10% din cazurile de deces a mamei[205].

– *Tulburări ale ciclului menstrual*: o serie de cercetări descriu în mod repetat tulburări menstruale de diferite tipuri: hipermenoree (menstre prelungite) şi dismenoree (dureri la ciclu) urmate de frecvente histerectomii (extirparea uterului); astfel, s-a observat că se efectuează 20% mai multe histerectomii după sterilizarea tubară. Sindromul de şoc la tampon apare accentuat mai frecvent la femeile sterilizate față de cele nesterilizate. Donnez şi colaboratorii au cercetat în 1981 funcțiunea luteică după sterilizare şi au constatat la 54% din femei *un nivel foarte scăzut al progesteronului* după electrocoagularea tubelor, comparativ cu numai 20% după sterilizarea cu clipsuri Kulka-Clemens. Acest efect este *atribuit întreruperii continuității arterei utero-ovariene*. Măcar parțial, îşi găsesc astfel o explicație şi tulburările menstruale menționate mai sus. De curând, s-a formulat supoziția că la femeile supuse sterilizării tubulare apare cu frecvență mai mare *carcinomul mamar*; se poate lua în considerare şi ipoteza că apariția carcinomului mamar este legată de tulburările hormonale (dereglarea ciclului)[206].

– *Tulburări psihice*: creşterea de două-trei ori în numai zece ani a repercusiunilor psihice ale intervenției arată că nu ne este permis să neglijăm nici acest aspect al problemei[207].

---

205 Dr. R. Ehmann, în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepționale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog,* Traducere de către Asociația Pro-Vita Sibiu, p. 12;
206 Ibidem;
207 Ibidem, p. 13;

VII). Vaccinuri (CO imunologică)

S-a încercat şi se încearcă în continuare prevenirea sarcinii prin realizarea unor vaccinuri.

Aceste metode contraceptive se numesc *metode imunologice* şi, la ora actuală, se cunosc următoarele tipuri de vaccinuri[208]:

a). vaccinul antispermatic: este îndreptat împotriva spermatozoizilor, dar nu este suficient de eficient din cauza faptului că nu se pot neutraliza un număr atât de mare de spermatozoizi, iar revenirea la o funcție normală a spermatozoizilor este dificilă; de asemenea, nu este o metodă uşor acceptată de bărbat; în consecință, s-a propus ca tot femeia să accepte vaccinul.

b). vaccinul antiovul: s-a încercat realizarea unui vaccin anti-zona pellucida (împotriva membranei ovulului); astfel, organismul formează anticorpi împotriva acestui vaccin care vor împiedica pătrunderea spermatozoizilor în ovul, dar împiedică şi implantarea în uter a oului fecundat.

c). vaccinul anticorionic: este vaccinul care a ajuns deja în *faza de încercări clinice*; el este îndreptat împotriva gonadotrofinei corionice, deci *împotriva placentei,* care nu se mai poate dezvolta; după declarația OMS, acest vaccin reprezenta în anii 1990 o mare speranță![209]

Comentarii

– vaccinul antispermatic este *contraceptiv*;

– vaccinul antiovul este *contraceptiv şi abortiv*: împiedică implantarea embrionului în uter;

– vaccinul anticorionic este *exclusiv abortiv,* fiind îndreptat împotriva placentei.

Un vaccin, prin definiție, este o substanță care se sintetizează cu scopul de a apăra organismul împotriva unei boli. Astfel, vaccinul conține de obicei un virus viu atenuat

[208] V. Luca , D. Nanu, M. Nanu, *op. cit.*, p. 196;
[209] Ibidem;

(cu virulenţă scăzută şi care nu poate da boala) care stimulează organismul să formeze anticorpi împotriva acelui virus. *Dar niciodată în medicină NU s-a realizat un vaccin care să ucidă un om, un copil, în propriul organism al mamei!*

Dr. R. Ehmann afirmă: „În continuare, vaccinarea anti-baby (Anti-HCG-inocular) care va apărea curând în calitate de adaos suplimentar, este tot un mijloc de *avort timpuriu*. Cu aceasta, uciderea perfecţionată a copiilor nenăscuţi îşi continuă drumul „tot mai triumfal" în societatea noastră, cu urmarea directă a unui veritabil holocaust al nenăscuţilor. Se poate spune că marea tragedie a sfârşitului de veac este sărăcirea în vieţi omeneşti, care ar fi trebuit să-şi facă mai târziu datoria şi au fost împiedicate de la aceasta"[210].

CONCLUZII

1). *Rezultatele sexualităţii şi contracepţiei moderne*

Prof. Dr. Rudolf Ehmann arată efectele dezastruoase ale sexualităţii şi contracepţiei moderne:

– provocarea hedonismului;

– infidelitatea;

– promiscuitatea;

– adulterul;

– divorţul;

– instabilitatea prieteniei;

– copii nefericiţi;

– boli cu transmitere sexuală: Chlamydia, gonoreea, sifilis, HIV/SIDA;

– sterilitate;

– avort;

– înjosire morală;

– sinucideri în rândul tinerilor;

– agresiuni sexuale;

– sexualitate prin internet în dimensiuni necunoscu-

---

[210] Dr. R. Ehmann, în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepţionale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanţ critic din punctul de vedere al unui ginecolog,* Traducere de către Asociaţia Pro-Vita Sibiu, p. 31;

te până acum;

– crearea unei mentalităţi contraceptive şi, în consecinţă, a unei mentalităţi abortive;

– o relativizare a sexualităţii;

– o relativizare a conceptelor morale;

– scăderea populaţiei, în ţările occidentale mai ales;

– o provocare a avortului;

– ştergerea graniţelor dintre contracepţie şi avort timpuriu;

– o falsă cântărire a efectelor secundare a contraceptivelor (o relativizare / inducere în eroare); prin acestea este lezată femeia, deşi se vorbeşte ca fiind totul în interesul femeii. Dar, din nou, cele ce suferă sunt femeile care sunt exploatate într-un mod ruşinos, şi acest lucru devine evident când este deja prea târziu. Femeia este exploatată atât din punct de vedere moral, cât şi financiar.

Medicul englez *Dr. med. Ellen Grant* afirmă: *„Sănătatea femeilor a fost jertfită pe altarul planificării populaţiei”*[211].

2). *Ce datorăm contracepţiei din ultimii 30 de ani?*

Prof. Dr. Rudolf Ehmann argumentează într-un mod foarte clar şi concis ce ne-a adus contracepţia modernă:

a. *Contracepţia modernă a făcut posibil un libertinaj al sexualităţii fără frâne*, în sensul rupturii dintre sexualitate şi procreare [...]. Consecinţa directă a fost că vârsta primelor contacte sexuale la tineri a coborât drastic.

b. *Avortul nu a putut fi îndiguit prin contracepţie*, frecvenţa lui a crescut tocmai în ţările cu mai mare acceptare a anticoncepţionalelor. A devenit şi este necesar ca mijloc de anulare a cazurilor de eşec în folosirea anticoncepţionalelor. Datorită faptului că acceptarea inhibitorilor de ovulaţie şi a spiralei este relativ scăzută

---

[211] Dr. med. Rudolf Ehmann, *Konferenz: „Verhütung und Sexualität. Segen oder Fluch?”*, 23 Oktober 2000, Zürich;

chiar şi în țările industriale, nici după 30 de ani nu se poate aştepta o îmbunătățire a situației, în sensul evitării avortului prin anticoncepționale. *Astfel, încât deviza „mai bine să previi decât să avortezi" devine tot mai evident o minciună*.

c. *Distrugerea fundamentelor morale ale lumii occidentale, mai ales în țările creştine*, prin revoluția sexuală şi instituționalizarea avortului, mijlocul de planificare familială cel mai des folosit în acest timp (conform OMS, circa 50 de milioane de avorturi pe an). Prin toate acestea, s-a realizat mai ales nimicirea moralei tinerilor.

d *Creşterea bolilor transmise pe cale sexuală* (STD – Sexual Transmitted Diseases) prin libertinajul sexual, mai ales a anexitelor. Urmarea acestei situații este numărul sporit de sarcini tubare şi sterilitatea de origine tubară [...][212].

[212] Dr. R. Ehmann, în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepționale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog,* Traducere de către Asociația Pro-Vita Sibiu, pp. 30-31;

CAPITOLUL VI

AVORTUL SAU PRUNCUCIDEREA ŞI URMĂRILE LUI

I). Definiţie

Avortul reprezintă terminarea (oprirea) sarcinii prin orice mijloace, înainte ca fătul să fie suficient dezvoltat pentru a supravieţui[1].

Definiţia dată de OMS (Organizaţia Mondială a Sănătăţii) este limitată la terminarea (oprirea) sarcinii înainte de 22 săptămâni de gestaţie, calculată în funcţie de data primei zile a ultimei menstruaţii şi expulzarea unui făt nou-născut care cântăreşte mai puţin de 500 grame. În România, această definiţie se concretizează prin terminarea sarcinii înainte de 28 de săptămâni de gestaţie, după data primei zile a ultimei menstruaţii normale şi expulzarea unui făt nou-născut care cântăreşte mai puţin de 1000 de grame[2].

Comentarii

– avortul a fost, este şi va fi întotdeauna o *pruncucidere*, indiferent de momentul în care este efectuat, în

---

[1] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana, *Manual de planificare familială. Text de referinţă*, Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii, ed. 2000-Universitatea Geneva, Departamentul de Ginecologie şi Obstetrică., p. 13-1;

[2] Ibidem;

prima zi (prin intermediul contracepției), la 2 săptămâni (contracepție şi sterilet), la 2-3 luni (prin avort chirurgical, legal) sau mai târziu (avort terapeutic), fie că este viabil, fie că nu este încă viabil în afara uterului;

– prin avort, curmăm viața unui om însuflețit de Dumnezeu încă din momentul concepției;

– *Canoanele Bisericii Ortodoxe* nu fac nicio distincție între avorturile timpurii şi cele târzii. Focalizarea este pe nevătămarea vieții umane din pântec. Nu se folosea nici distincția între aşa numitele avorturi directe şi indirecte (spontane), între cele prevăzute şi intenționate şi cele prevăzute, dar neintenționate [. . .]. Canoanele se referă nu numai la cei ce fac avorturi, ci şi la cei ce asigură substanțe abortive (. . .). Canoanele înregistrează o condamnare limpede şi constantă a avortului şi leagă această proscriere a avortului intenționat de *omor*[3].

– toți *Sfinții Părinți* semnalează că, în orice fază ar fi produs, avortul rămâne pruncucidere. Prin el, se încalcă porunca divină: „Să nu ucizi" (Ieşire 20, 13). El este cu atât mai grav, cu cât constituie uciderea unei ființe umane aflate în imposibilitatea de a se apăra [...]. *Potrivit Revelației şi învățăturii Bisericii* (...), *Dumnezeu* a avut o grijă deosebită: „omul nu apare la porunca, ci în urma unui sfat şi a unui act special al Sfintei Treimi, act exprimat de aghiografi prin termenul de *plăsmuire* şi de *suflare de viață*. Viața omenească nu este determinată doar de *plăsmuirea* omului din pământ, ci şi (sau mai ales) de suflarea viu-făcătoare a lui Dumnezeu"[4].

Părerea despre avort a unor profesori renumiți din trecut

Prof. Dr. V. Luca: „se înțelege prin avort întreruperea intempestivă a sarcinii, spontană sau provocată, înainte ca produsul

[3] H. Tristram Engelhardt jr., *Fundamentele Bioeticii Creştine. Perspectiva ortodoxă,* Editura Deisis, Sibiu 2005, p. 362;

[4] Site oficial al BOR: avortul: Comisii Sinodale. COMISIA NAȚIONALĂ DE BIOETICĂ. SECTORUL BISERICA ŞI SOCIETATEA AL PATRIARHIEI ROMÂNE http://www.patriarhia.ro/Site/Comisii/bioetica.html#

de concepție să se poată adapta condițiilor de viață extrauterină, pentru supraviețuirea sa. Limita inferioară însă a vârstei sarcinii corespunzătoare viabilității fetale este imprecisă". El continuă: *„Nu există discuție asupra momentului acestei întreruperi: la începutul sarcinii sau în stadiile mai avansate. Inviolabilitatea embrionului uman este un principiu etern al tuturor țărilor avansate"*[5].

În sprijinul acestui principiu, la începutul secolului nostru, *profesorul Prenant*, inițiatorul endocrinologiei sexuale, afirma: „Embrionul se formează, dacă nu chiar se animează (însuflețeşte), din momentul în care doi nuclei, mascul şi femel, se unesc pentru a-i da naştere. *Din acest moment, nicio practică nu mai este anticoncepțională, ci postconcepțională*, orice profilaxie devine atunci un mic asasinat motivat de micimea victimei, simplă celulă la început, o masă celulară microscopică ulterior". El continuă: „Acest asasinat este cu atât mai grav, cu cât este premeditat şi victima luată prin surprindere, mai odios decât un altul pentru că victima este lovită în întuneric şi pentru că ea nu poate scoate nici chiar un strigăt, un plânset, pentru a-şi apăra dreptul său la existență, de a implora milă de la mama care îl omoară…"[6].

Profesorul Dolèris spunea: „De la practica anticoncepțională la suprimarea unei sarcini incipiente este o pantă fatală, irezistibilă", iar *profesorul Mina Minovici*, în celebrul său tratat de medicină legală apărut în 1930, spunea că: „o propagandă anticoncepțională, prin repercusiune este o propagandă criminală în favoarea avortului, atunci când dau greş mijloacele întrebuințate pentru împiedicarea impregnării"[7];

În fine, spune Dr. V. Luca, „întreruperile de sarcină şi consecințele lor nu sunt acte sau accidente individuale ci, în afara

[5] Dr. Vasile Luca, *Avortul provocat*, „Medicina pentru toți", nr. 69, Editura Medicală, Bucureşti, 1987, p.7
[6] Ibidem, p. 9;
[7] Ibidem, p. 10;

faptului că afectează doi indivizi (mamă-făt), ele se repercutează şi asupra familiei. Practica anticoncepțională şi avortul au depopulat şi au îmbătrânit comune, regiuni, țări. Este un al treilea aspect al crimei întreruperii sarcinii: crima împotriva societății, a umanității[8].

Comentarii

De ce nu mai auzim voci de medici care să combată avortul cu atâta vehemență cum au făcut-o cei amintiți mai sus? Sau de ce unii şi-au schimbat brusc părerea după revoluția din decembrie 1989? Ce ne-a adus aşa-zisa „epocă modernă”? Nu că am dori o întoarcere în timp a persecuțiilor comuniste. Nicidecum. Dar o altă orientare spre viață nu s-a putut găsi într-o sfântă zi de Crăciun? Inspirația celor care au dat această lege a fost o orientare spre moarte, şi nu moartea oricui, ci a copiilor noştri, a neamului nostru românesc.

E adevărat că nicio lege nu poate împiedica o femeie să-şi nască sau să-şi omoare copilul, dar o încercare de schimbare a mentalității trebuia şi trebuie să existe, o schimbare în concepția noastră despre o viață umană, nenăscută, care există şi pe care nu o mai poate contesta nimeni, luând în considerare ultimele cuceriri ale ştiinței în domeniu (ecografie, teste genetice etc.). Această schimbare a concepției despre viață se impune a fi necesară în rândul tinerelor (elevelor şi studentelor), dar şi al familiei, medicilor, asistentelor medicale, farmaciştilor, profesorilor şi a celor care sunt la conducerea țării şi sunt în măsură să schimbe o lege. În numele acestei legi, crimele continuă să fie perfect „legale”, iar jurământul lui Hipocrate a fost uitat cu desăvârşire. Este pentru prima dată în lumea medicală când relația medic-pacient nu are o finalitate normală, taumaturgică, de vindecare a pacientului, ci este o relație inversată, când cei doi pacienți – mama şi copilul – se prezin-

[8] Ibidem, p. 11;

tă sănătoşi la medic, iar finalitatea este una patologică, unul din pacienți – mama – se întoarce bolnavă acasă, iar cel de-al doilea pacient – copilul – moare!

II). Istoric

Din antichitate în epoca modernă

– un principiu general a străbătut toate timpurile: avortul a fost considerat, moral şi juridic, o crimă;

– *societățile primitive* nu cunoşteau avortul;

– primul text penal privind avortul se găseşte în legile asiriene cu privință la femeia care avortează voluntar: „se va trage în țeapă şi nu se va îngropa femeia…";

– în India antică, legile lui Manu asimilau avortul omuciderii;

– în Grecia, cu toate că puțini autori vorbeau de avortul provocat, se pare că era totuşi foarte frecvent. Este interesantă, dacă nu chiar uimitoare, teoria lui Aristotel care nu considera avortul o crimă decât după ce fătul a primit „suflul vieții". Or, această perioadă era fixată de la a 14-a la a 24-a zi de la concepție. *„Cum să nu fim intrigați de stabilirea acestei perioade", afirma Dr. V. Luca, „când astăzi, în experimentele pe embrioni umani pentru fertilizarea in vitro, limita superioară este stabilită a 14-a zi, dată embriologică a apariției sistemului nervos!"*.

– Hipocrate, în celebrul său jurământ, care a constituit regula de conduită medicală de-a lungul secolelor, interzisese practica avorturilor: „eu nu voi da nimănui otravă dacă mi se cere, nici nu voi avea inițiativa unei astfel de sugestii; la fel, eu nu voi da niciunei femei un pesar abortiv";

– la Roma, avortul era practicat clandestin în special de „matroane", moaşe empirice. Legile pedepseau sever provocarea de avort. Numeroşi împărați au luptat împotriva „crimei extraordinare". O lege a împăratului Valentinian aplică pedeapsa cu moartea, iar Justinian, pe lângă pedepsele prevăzute de legile anterioare, permite repudierea soției de către soț;

– odată cu apariția creştinismului, concepția de crimă se impune şi represiunea se intensifică: avortul este asimilat omuciderii şi pedeapsa prevăzută nu poate fi decât aceea a asasinilor[9];

În epoca modernă

În România:

– înainte de revoluția din decembrie 1989, avortul provocat era pedepsit în România cu închisoarea, conform Codului penal[10]. În alte țări, unde nu era permis avortul, se aplicau diferite pedepse, dar şi cu o serie de circumstanțe atenuante care rezultă din condițiile sociale, de interpretare, de conjunctură. Ca o situație generală, spune Dr. V. Luca, „toate orânduirile, statele şi religiile condamnă avortul ca o crimă; chiar dacă avortul se admite în unele țări, principiul medical al epocii noastre este înscris în Jurământul de la Geneva din 1948: *Voi avea respectul absolut al vieții umane, chiar din momentul concepțiunii!*"[11].

– în data de 26 decembrie 1989, după revoluție, s-a legalizat avortul şi în România.

În lume, la ora actuală, există următoarele tipuri de legislație cu privire la avortul chirurgical:

1). *Legislația permisivă*, prin care avorturile sunt premise la cerere, adoptată în 51 de țări, ceea ce însumează 40,8% din populația lumii; aici este inclusă şi România.

2). *Legislația semirestrictivă*: avorturile sunt premise numai în anumite condiții:

● motive de sănătate fizică şi pentru a salva viața femeii; este în vigoare în 34 de țări (9,9 % din populația lumii);

● motive de sănătate fizică şi mentală şi pentru a salva viața femeii, în 20 de țări, (însumând 2,6 % din populația lumii);

---

[9] Ibidem, pp. 11-13;

[10] Ibidem, p.8.

[11] Ibidem; p. 12;

● motive de sănătate fizică şi mentală, pentru a salva viața femeii şi motive socio-economice; este în vigoare în 14 țări (1,82% din populația lumii);

3). *Legislația restrictivă*: adoptată în 73 de țări (26% din populația lumii), prin care avorturile nu sunt premise sau sunt premise doar pentru salvarea vieții mamei[12].

Comentarii

– *Fiecare guvern* are dreptul şi obligația de a proteja viețile tuturor cetățenilor săi, indiferent de gradul de dependență, de perfecțiune, de vârstă, de sex, de locul de reşedință (fie că este în interiorul sau în afara uterului). Protecția ar trebui să fie garantată prin Constituție [...]. În cazul avortului, există discriminarea împotriva unei clase întregi de ființe umane, pe bază de vârstă (sunt prea mici) şi domiciliu (în uter)[13].

– despre situația avortului în România, *preotul Nicolae Tănase* afirmă: „la ora actuală neamul românesc nu se mai înmulțeşte sau se înmulțeşte într-un ritm îngrijorător"[14].

Despre aşa zisa „înnoire" a vieții sexuale şi despre avort, Părintele ne spune: „şi ce s-a mai schimbat? Copiii acum sunt omorâți (şi am ajuns la 11 milioane în 10 ani). ...şi noi înotăm în sânge până la brâu (zic până la brâu, pentru că asta înseamnă jumătate de corp şi pentru că 11 milioane înseamnă jumătate din populația actuală țării)"[15].

III). Prevalență

În lume, se fac anual între 30 şi 55.000.000 avorturi provocate (la cerere), corespunzând la o rată a avorturilor de 70 la

---

[12] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori); *op. cit.*, p. 13-2;
[13] Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *Avortul. Întrebări şi răspunsuri. Să-i iubim pe amândoi*, Editura Pro Vita Media, Bucureşti, 2007, p. 71;
[14] Pr. Nicolae Tănase, *Hristos sau idolii secolului XXI? Tinerii la răscruce*, Editura Agaton, Colecția „Ortopraxia", Făgăraş, 2006, p. 130;
[15] Ibidem, p. 91;

1000 femei la vârsta fertilă şi la o proporție de 300 de avorturi la 1000 de sarcini cunoscute, făcând avortul unul din cele mai răspândite mijloace de control al fertilității utilizate astăzi[16].

În România, s-au efectuat în anul 1990 un număr de 992.965 de avorturi la cerere. Metodele folosite sunt avortul chirurgical prin dilatație şi chiuretaj şi prin aspirație. În condițiile socio-economice actuale din România, planificarea familială devine o practică medicală curentă aflată în continuă creştere. După o practică de 6 ani (1990-1996) a metodelor anticoncepționale şi a liberalizării avortului, asistăm la o catastrofală scădere a natalității cu pericolul îmbătrânirii acesteia […][17].

La Clinica de Obstetrică-Ginecologie I din Cluj-Napoca, în cadrul consilierilor făcute de Proiectul „Pentru Viață" (coordonat de subsemnata), cu aprobarea regretatului Prof. Dr. Surcel Ioan, în perioada 1 octombrie 2001 – 1 martie 2002, am constatat că se efectuează în medie 8 avorturi pe zi (cu variații între 5 şi 15, rar mai puține sau mai multe), ceea ce înseamnă aproximativ 2000 avorturi / an. Din acest număr, din statistica făcută de noi, un procent de 15% au fost eleve şi studente! Vârsta elevelor care solicitau avort în această perioadă era cuprinsă între 16-18 ani. În următorii ani, a scăzut rapid, astfel ca la finele anului 2005 vârsta cea mai mică era de 13 ani. Este vârsta fiziologică (cu variații între 11 şi 14 ani) la care debutează menarha (primul ciclu menstrual), ajungându-se astfel la limita inferioară de vârstă.

Comentarii

De ce s-a ajuns la astfel de cifre enorme, zguduitoare?

- *În România*, după legalizarea avortului din 26 decembrie 1989, s-a practicat un număr impresionant de avorturi: 11.000.000 în 10 ani (1990-2000). Lumea din

---

[16] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori); *op. cit.*, p. 13-3;

[17] Dr. Coralia Carp, *Implicațiile metodelor anticoncepționale şi a avortului în planificarea familială*, Teză de doctorat, Facultatea de Medicină „Carol Davila" Bucureşti, 1996, p.10;

Occident prezenta situația țării noastre şi ale altor țări socialiste în felul următor: „exista un monopol ideologic în țările socialiste, precum România şi China: statul socialist considera embrionul ca o *„proprietate"* a lui, având dreptul să hotărască asupra soartei lui; pe baza acestei ideologii, femeile însărcinate din România erau obligate să-şi mențină sarcinile, iar în *China* ele erau obligate să avorteze. (…) Când Partidul Comunist lua o hotărâre, indiferent care era aceasta, orice critică adusă ei era considerată a fi un act de trădare a statului (…)[18]; după anul 1989, aici, în România, unde avorturile erau interzise, se observă, ca o reacție aşteptată, o creştere a ratei avorturilor"[19]. Această caracterizare a situației corespunde tristului adevăr din perioada comunistă pe care a traversat-o țara noastră.

În România „democrată" observăm o mutare a problemei de la un pol la celălalt. Acum, femeia are libertatea şi dreptul de a deveni *„proprietarul embrionului"*, de a decide pentru viața lui. Zilnic, femeile iau decizii şi sunt omorâți copii. Femeia din România şi-a dorit să nu mai fie îngrădită de o lege, de o ideologie. Cuplurile nu-şi mai doresc mulți copii, ci o viața mai bună, lipsită de griji, o comoditate şi o stare materială de care doar auziseră că există în Occident. Dar această libertate a fost greşit înțeleasă. Inevitabil, împreună cu toate aceste „drepturi" a pătruns şi la noi în țară *revoluția sexuală* din Occident. *Părintele Prof. Dr. J. Breck* afirmă: „Dacă experiența sexuală printre adolescenți nu mai este ceva nou, numărul tinerilor care sunt „activi sexual" a crescut dramatic în ultimele trei decenii. [...] Totuşi, de-a lungul anilor, atât experiența pastorală cât şi mass-media au arătat că revoluția sexuală a adus în societatea americană mai mult confuzie decât libertate, mai mult libertinaj decât eliberare. Odată ce televiziunea şi-a intrat în

[18] Roland Süssmunth, Hrsg, *Empfängnisverhüting-Fakten, Hintergründe, Zusammenhänge*, Hänssler-Verlag 2000, p. 652;
[19] Ibidem, p. 653;

rol, iar producătorii au început să realizeze puterea sexualității în vânzarea produselor, a început reeducarea socială în masă privind valorile sexuale, aceasta ducând la o importantă restructurare a rolurilor sexuale tradiționale. O consecință majoră a fost dărâmarea vechilor tabuuri legate de pornografie, sex extraconjugal şi copii nelegitimi. De la jocurile inocente ce caracterizau relațiile (publice) dintre bărbat şi femeie din prima jumătate a secolului, s-a trecut la comportamentul dezinvolt şi la *epidemia sarcinilor la adolescente*"[20]. Asistăm neputincioşi acum la aceleaşi evenimente şi în România.

În perioada 1990-1996, chiuretajul uterin (avortul chirurgical) a rămas pentru majoritatea drept principala metodă de planificare a naşterilor de copii. Promotorii contraceptivelor dau vina pe lipsa educației sanitare, comoditate etc. Ei au inițiat o serie de programe şi proiecte pentru a promova contracepția în toată țara, în toate mediile sociale. Ministerul Sănătății a înființat cabinete de planificare familială. Unde nu există cabinete de planificare, acest lucru poate fi efectuat de către medicii de familie şi ginecologi. Cu toate acestea, a scăzut doar într-o mică măsură numărul avorturilor chirurgicale. Sterilizarea temporară (folosirea steriletului) şi sterilizarea definitivă (ligatura trompelor uterine) au contribuit în mare măsură la această scădere. Contracepția hormonală mai puțin, constatându-se o neîncredere în aceste metode, mai ales la populația de la țară. Aceste metode sunt mai des folosite de tinerele de la oraşe, mai ales în urma consultării cabinetelor de planificare familială.

În ultimii ani (2000-2008) se constată, însă, o creştere a folosirii metodelor contraceptive hormonale în toate mediile sociale. Promotorii contraceptivelor afirmă că: „Interesul pentru „planificarea familială" a început să ia o amploare deosebită, pe de o parte datorită nece-

---

[20] Preot Prof. Dr. John Breck, *Darul sacru al vieții*, Editura Patmos, Cluj-Napoca, 2001, p. 35;

sităţii respectării acestui drept fundamental al omului, iar pe de altă parte datorită necesităţii de a păstra echilibrul între populaţia mondială – în continuă creştere şi resursele naturale – indispensabile componente a stării de prosperitate a omului. *„Federaţia Internaţională pentru planificarea familială"* care a luat fiinţă în acest sens are ca scop promovarea în lume a planificării familiale şi procreării liber alese […]"[21].

Se pune *întrebarea*: „Oare nu s-a pornit de la *premise greşite*"? Greşeala fatală nu este tocmai acest drum pe care am pornit, asemănător cu cel al avortului? Răspunsul meu este: Da, cu siguranţă. Dar să vedem şi alte *răspunsuri*:

1). „*Anticoncepţia şi avortul se află în strânsă legătură.* Nu numai în planul mecanismului de acţiune, ci mai ales din punct de vedere ideologic şi psihologic. O anticoncepţie eficientă urmăreşte să prevină: Ceea ce trebuie să fie împiedicat este tocmai copilul. Astfel, se formează şi se dezvoltă intensiv o concepţie negativă despre copil, se cristalizează rapid imaginea copilului-duşman. Dar, întrucât în toate acestea este implicată sexualitatea, un instinct dominant al umanităţii, era absolut inevitabil ca sexualitatea să ajungă rapid prioritară faţă de copil. Copilul a devenit tot mai mult fenomenul nedorit ce însoţeşte sexul. *Şi atunci când, în ciuda anticoncepţionalelor, acest fenomen asociat se produce, el este respins şi îndepărtat prin avort*. Promotorilor contracepţiei le era bine cunoscută realitatea că niciun anticoncepţional nu poate oferi garanţie absolută, *ultima soluţie fiind numai avortul. Astfel încât avortul este necesar ca asigurare a contracepţiei şi tocmai de aceea este propagat în mod egal*. Din cazul Californiei aflăm că 40% din cele 300.000-500.000 avorturi dintr-un an sunt legate de rateuri ale contraceptivelor. Deosebit de semnificativă este şi observaţia că tocmai în ţările care au acceptat în stil

[21] Dr. Coralia Carp, *op. cit.*, p. 1;

mare contracepția, numărul de avorturi nu numai că nu a scăzut, ci, dimpotrivă, a crescut masiv exact în aceeaşi perioadă de timp. Situația din Iugoslavia ne dovedeşte că pentru mulți oameni o perfidă schimbare de mentalitate înlocuieşte în cele din urmă contracepția cu avortul. Iar, în ceea ce îi priveşte pe planificatorii populației, în final şi ei îl recomandă ca mijloc curent de „control al naşterilor". În acest sens, descifrează cei mai mulți medici *infama înşelătorie: „mai bine să previi decât să avortezi". [...] Cele mai recente statistici din Anglia dovedesc falsitatea teoriei mereu repetate că folosirea anticoncepționalelor ar conduce la scăderea numărului de avorturi, teorie exprimată direct prin cuvântul de ordine „mai bine să previi decât să avortezi".* Anglia face parte dintre țările cu cel mai înalt nivel de acceptare a pilulei: acolo 43% (!!) din femei iau pilula; aproape jumătate! Dacă folosirea anticoncepționalelor ar conduce la scăderea numărului de avorturi, atunci cota de avorturi din Anglia ar trebui să coboare în mod corespunzător. Dar nu este aşa. Conform cifrelor oficiale oferite în 1988 de guvernul britanic, cota avorturilor din Anglia a ajuns la un nivel record. Numărul avorturilor a crescut din 1969 în 1988 de la 7% la 20%. *Este o creştere de aproape 300%! Între adolescenți, numărul lor a crescut chiar de la 9 la 36%, deci de patru ori.* În Scoția, cifra uciderii copiilor în trupul mamei lor totaliza 16% din cazuri. Avortul a fost legalizat în Marea Britanie din 1967, iar în 1989 termenul limită pentru uciderea nepedepsită a copilului nenăscut a coborât de la 28 la 24 de săptămâni [...]. În concluzie, *avortul nu a putut fi îndiguit prin contracepție*"[22];

[22] Dr. R. Ehmann (medic primar ginecologie obstetricală spitalul cantonal Stans, Elveția, CH – 6370) în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepționale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog*, Articolul este textul lărgit şi revăzut al conferinței susținute de dr. Rudolf Ehmann pe 22.09.1990 la Dresda, la Congresul internațional „World Federation of Doctors Who Respect Human Life". Traducere de către Asociația Pro-Vita Sibiu, pp. 3-4;

2). *Relația dintre avort şi contracepție*: „interesant este că la început, cu toate că se folosea contracepția (anii 1970-1974), avorturile nu doar că nu au scăzut, ci chiar au crescut! Asta înseamnă că doar acele femei au trecut la folosirea contracepției care până atunci foloseau alte metode de prevenire a naşterilor. După această perioadă, este tot mai mult vehiculată ideea că de fapt contracepția este, alături de avort, un mijloc de scădere a naşterilor (...). În țări precum Slovacia şi Cehia, odată cu creşterea consumului de contraceptive, creşte în paralel şi numărul avorturilor; se constată că *această relație* (de creştere paralelă a contracepției si a numărului de avorturi) *nu se schimbă* nici prin folosirea unor metode de creştere a numărului de naşteri, nici prin propagarea contracepției…[23]; Nu avem astfel de date statistice şi în România, dar, cu toate că planificarea familială ia tot mai mare amploare în special în mediul urban, numărul avorturilor continuă să fie crescut, atât în rândul femeilor căsătorite, cât mai ales în rândul tinerelor şi adolescentelor.

3). *Biserica Ortodoxă* a considerat totdeauna *drept păcat foarte grav, egal cu avortul în gravitate, şi luarea de medicamente cu scop avortiv*. Prin urmare, tot atât de grave ca şi avortul chirurgical sunt barierele mecanice (steriletul şi anumite pilule, inclusiv RU 486) prin care se urmăreşte împiedicarea nidării ovulului fecundat pe pereții uterului (acestea sunt tot practici avortive) şi medicamentele contraceptive, care, la rândul lor, au consecințe nebănuite pentru trupul femeii. Avortul şi toate practicile avortive sunt păcate grele pentru că:

a) prin ele *se ucide o ființă umană*;

b)prin ele *este afectată demnitatea femeii*;

c) ele prezintă riscul *mutilării trupului femeii*, al îmbolnăvirii şi *morții* premature a mamei şi a femeii tinere[24].

---

[23] Roland Süssmunth, *op. cit.*, p. 659;

[24] Site oficial al BOR – avortul: Comisii Sinodale. COMISIA NAȚIONALĂ DE BIOETICĂ. SECTORUL BISERICA ŞI SOCIETATEA AL PATRIARHIEI ROMÂ-

Canoanele Bisericii Ortodoxe condamnă pe cei ce folosesc şi administrează substanțe abortive: „Pe cele care dau doctorii lepădătoare de făt şi pe cele care primesc otrăvuri pierzătoare de prunci, le supunem pedepsei ucigaşului"[25]. *Condamnarea ortodoxă a etosului contraceptiv* e înrădăcinată în *respingerea oricărei sexualități conjugale* ce priveşte căsătoria ca pe o simplă chestiune de autorecompensare, care nu recunoaşte sexualitatea conjugală ca bine rânduită doar în întoarcerea ascetică dinspre sine spre iubirea de Dumnezeu, a soțului, a copiilor şi a celorlalți şi care respinge încrederea în providența lui Dumnezeu[26].

IV). Clasificare şi descriere

Comentariu

Pentru o înțelegere mai bună, am clasificat avortul după două criterii: tehnica folosită şi mecanismul de producere. Atât tehnicile, cât şi metodele sunt cele descrise în literatura de specialitate. Doar comentariile includ şi alte descrieri, respectiv ale membrilor Pro-Life din Occident.

A). *După tehnica folosită*

1). *Avortul chirurgical*

- aspirația menstruală;
- vacuum-aspirația;
- dilatarea şi chiuretajul;
- dilatarea şi evacuarea,
- laparatomie sau operație cezariană.

2). *Avortul medicamentos (trim. I şi II de sarcină)*[27]

NE, http://www.patriarhia.ro/Site/Comisii/bioetica.html#;

[25] H.Tristram Engelhardt jr., *op. cit.*, p. 362;

[26] Ibidem, nota 104, p. 392;

[27] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, pp. 13-3 – 13-4 – 13-13;

B). *După mecanismul de producere*
1). *Avortul „la cerere"/ legal;*
2). *Avortul terapeutic / medicamentos (cauze materne şi fetale);*
3). *Avortul spontan,*
4). *Avortul empiric.*

Comentarii

Din cauza faptului că am considerat şi contracepția hormonală ca fiind abortivă (fapt explicat în cap. V), am adăugat la clasificare şi avortul hormonal.

Avortul medicamentos (din clasificarea literaturii de specialitate) l-am redefinit ca fiind un avort chimic.

În final, am realizat o *re-clasificare* a avortului, cu specificarea că această clasificare va fi folosită probabil doar de către cei care se alătură concepțiilor noastre creştine despre viață.

Re-clasificare:
A). *După tehnica folosită*
1). Avortul hormonal, provocat de contraceptive;
2). Avortul chirurgical;
- aspirația menstruală;
- vacuum-aspirația;
- dilatarea şi chiuretajul;
- dilatarea şi evacuarea,
- laparatomia sau operația cezariană.

3). Avortul medicamentos = avort chimic.
B). *După mecanismul de producere*
1). Avortul legal sau „la cerere", care este o pruncucidere legalizată, când atât personalul medical, cât şi femeia ies de sub incidența legii după o crimă efectuată cu premeditare asupra unui copil nevinovat, fără nicio apărare;
2). Avortul terapeutic / medicamentos = avort provocat (cauze materne şi fetale);

3). Avortul spontan (fără nicio intervenție din exterior);

4). Avortul empiric (efectuat în condiții ilegale).

În continuare, voi descrie toate tipurile de avort folosind literatura de specialitate din țară, precum şi materialele unor medici din străinătate.

A). După tehnica folosită

1). *Avortul hormonal*

Comentarii

– acest termen nu apare în literatura de specialitate; motivele le-am descris în cap. V.

– am definit avortul hormonal ca fiind acel „avort produs de către pilula contraceptivă hormonală (estrogen şi / sau progesteron), avort ce are loc timpuriu, în primele 10-14 zile de viață a embrionului, deci înainte de implantarea lui în uter”;

– efectele abortive ale contraceptivelor hormonale sunt descrise în cap. V: Metode contraceptive şi abortive.

– Dr. Wilke îl numeşte micro-avort[28];

– efectul de „ucidere a ovulului fecundat” de către contraceptivele hormonale este descris de către Prof. Dr. R. Ehmann (şi mulți alți autori din Occident) în diferitele lui scrieri, expuneri şi conferințe (vezi cap. V.).

2). *Avortul chirurgical*

Avortul chirurgical se efectuează prin diferite tehnici chirurgicale:

a). Aspirația menstruală;

b). Vacuum-aspirația;

c). Dilatarea şi chiuretajul;

d). Dilatarea şi evacuarea,

[28] Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *op. cit.*, p. 315;

e). Laparatomia (histerotomie / operație cezariană)[29].

a). *Aspirația menstruală (endometrială / miniavort)*

Este o variantă de vacuum-aspirație şi reprezintă o metodă chirurgicală a începutului anilor 1970 (…). Procedeul se practică în primele 2 săptămâni de amenoree şi, în general, decurge fără anestezie (…). Pentru că procedeul are loc înainte ca testul de sarcină să fie pozitiv, un număr mare de aspirații menstruale s-au făcut la paciente care nu erau gravide[30].

b). *Vacuum – aspirați*a

Acest chiuretaj a fost descris pentru prima dată de Simpson din Edinburgh în 1860, dar timp de un secol după aceea principala tehnică a fost dilatarea şi chiuretajul prin raclare, până în 1960, când a fost popularizată vacuum-aspirația[31].

Vacuum aspirația (electrică sau manuală) este procedeul chirurgical preferat pentru sarcini de 6-14 săptămâni (trim. I de sarcină), prin intermediul căruia conținutul cavității uterine este evacuat cu ajutorul unei chiurete speciale. Se dilată colul uterin. Dilatația este cel mai dificil pas al acestei metode. Dilatatorul cervical este cel mai uzual instrument responsabil de perforația uterină, iar prin dilatația forțată pot rezulta leziuni ale colului uterin. Se introduce în uter o pensă atraumatică pentru a rupe membranele. Pentru aspirare electrică, se foloseşte presiunea negativă produsă de o pompă electrică la care se ataşează chiureta prin tubul de secțiune, folosind un mâner metalic cu un pasaj pentru aer. Uterul se aspiră cu o chiuretă din plastic de diametru aproximativ egal cu numărul de săptămâni de sarcină. Țesutul fetal aspirat trebuie examinat de operator pentru a reduce cât mai mult posibilitatea de retenție a unor resturi, a hemoragiei, a infecției şi a reevacuării ulterioare[32].

---

[29] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 13-3;
[30] Ibidem, p. 13-5;
[31] Ibidem;
[32] Ibidem, p. 13-6;



Imagine: http://www.abtreibung.de/absaug.htm

Comentarii

- această metodă este cea mai des folosită în Occident;

- se efectuează între săptămânile 6-12 (trim. I de sarcină), când copilul este deja destul de bine dezvoltat: mâinile, picioarele, faţa şi toate organele sunt prezente, ele doar trebuie să mai crească;

- tehnica: prin colul uterin dilatat, medicul introduce în uter o canulă flexibilă din plastic; cu ajutorul unei pompe electrice sub presiune, este aspirată placenta şi copilul, care, astfel, va fi rupt în bucăţi. Deoarece capul este mai mare, el se detaşează de trunchi şi va fi sfărâmat cu un instrument special pentru a fi apoi aspirat. Deseori, nu se poate distinge în această grămadă de sânge, resturi de placentă şi copil, dacă au mai rămas resturi în uter. Aşa cum ne-a demonstrat *Dr. Bernhard Nathanson* în filmul lui impresionant „*Strigătul mut*", copii avortaţi sunt deja în măsură să simtă durere şi panică în timpul avortului, când viaţa lor este pusă în pericol[33].

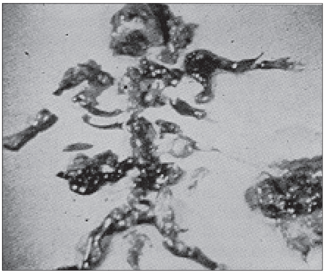
c). *Dilatarea şi chiuretajul*

– metoda este folosită în trim. I de sarcină;

[33] Text: http://www.pro-leben.de/abtr/abtreibung_methode.php;

– dilatarea şi chiuretajul (DC), procedeu folosit înainte de introducerea vacuum-aspirației, se asociază cu un risc crescut de complicații.

Se efectuează sub anestezie, se dilată colul uterin şi se evacuează prin raclaj produsul de concepție în afara cavității conținătoare (chiuretă ascuțită)[34].



Imagine: http://www.abtreibung.de/ausschabung.htm

Comentariu

A fost metoda cea mai frecvent folosită la noi în țară în cazul avortului „la cerere". Ea tinde să fie înlocuită cu cea prin aspirare, dar încă sunt multe centre în țară care folosesc exclusiv această metodă.

d). *Dilatarea şi evacuarea*

Metoda este folosită în trim. II de sarcină. După 16 săptămâni de gestație, se practică dilatarea şi evacuarea (în cadrul avortului terapeutic). Tehnica constă în dilatarea largă a orificiului cervical, urmată de distrucția mecanică şi evacuarea părților fetale. După eliminarea completă a fătului, se foloseşte o vacuum-chiuretă cu lumen larg pentru îndepărtarea placentei şi a resturilor rămase. Riscurile de perforație uterină sunt crescute din cauza fătului mare şi a pereților uterini mai subțiri. Aceste avorturi de vârstă mai mare sunt neplăcute pentru me-

[34] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 13-7;

dici şi personalul mediu şi periculoase pentru femeia care suferă procedeul[35].

Comentarii

„*Naşterea parțială*” (partial-birth-abortion) este o altă metodă chirurgicală utilizată în *trim. II de sarcină*; ea nu este folosită la noi în țară, dar este utilizată în Occident;

Tehnica: se induce naşterea prin provocarea contracțiilor uterine (medicamentos). De ce naştere, şi nu avort? Fiindcă fătul este deja viabil! Medicul întoarce copilul în aşa fel, încât să se prezinte cu picioarele înainte (ca într-o naştere pelviană); el scoate copilul trăgându-l de un picior, după care, cu ajutorul unei foarfeci, deschide regiunea cervicală şi cu un aspirator special aspiră creierul[36].

e). *Laparatomia sau operația cezariană*

Histerotomia (incizia uterului sau operație cezariană), se preferă uneori atât avortului prin dilatare şi chiuretaj, cât şi celui indus medical (…). Acestea devin uneori necesare din cauza unei inducții medicale eşuate în al doilea trimestru de sarcină. Tehnicile folosite sunt similare cu cele de la naşterea prin operație cezariană, cu excepția inciziilor abdominale şi uterine, care sunt mai mici[37].



Imagine: http://www.abtreibung.de/hormon.htm

[35] Ibidem;

[36] http://www.pro-leben.de/abtr/abtreibung_methode.php

[37] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, pp. 13-7 – 13-8;

Comentariu

- prin „histerotomie” se deschide uterul printr-o intervenție chirurgicală, asemănătoare cu cea din operația cezariană, iar copilul este aruncat. Aproape toți copiii sunt vii, ulterior ei sunt omorâți fie printr-o injecție letală care le induce un stop respirator, fie fiind lăsați să moară singuri (după ore de suferință).

Concluzie

Avortul chirurgical este o operație, dar nu este una obişnuită, pe „câmp deschis”, ci este o operație „oarbă”, bazată pe o tehnică specială. Tocmai din acest motiv, anume că medicul nu vede şi nu poate urmări cu ochii ceea ce efectuează cu mâna, se pot întâmpla incidente, adică există pericolul perforării uterului cu aparatura folosită sau pot rămâne resturi, atât placentare, cât şi ale produsului de concepție în uter, care provoacă nu rareori infecții uterine şi duc apoi la cicatrici şi sterilitate. Cel mai mare pericol este, însă, moartea mamei, din cauza unei rupturi uterine, urmate de o hemoragie masivă, care duce la şoc hemoragic şi deces sau a unei infecții grave – septicemie – care, de asemenea, este frecvent o cauză de deces. Complicațiile fizice ale avortului sunt descrise la capitolul respectiv.

3). Avortul medicamentos = avort chimic

Definiție: Avortul medicamentos este un avort voluntar efectuat prin administrarea unor regimuri de medicamente pe diferite căi: oral, parenteral, intravaginal, intracervical (în colul uterin)[38].

Comentariu

Am redefinit acest avort ca fiind un avort chimic. De ce? După definiție, un medicament este „o substanță naturală sau de sinteză, utilizată pentru a vindeca, a ameliora sau a preveni o boală”[39]. Nu acelaşi lucru îl

[38] Ibidem; 13-13;

[39] ***, DEX – Dicționarul explicativ al limbii române, Editura Univers Enciclo-

> putem spune despre o substanță sintetizată în laborator, indiferent de compoziția ei (hormon, antihormon etc.) care are ca scop distrugerea unui embrion, respectiv curmarea unei vieți însuflețite. Aici nu prevenim o boală, nici nu o vindecăm, ci distrugem o viață. Cu totul altceva este când distrugem celule canceroase sau un țesut nociv pentru a salva viața unui om sau a-l menține în viață.

Prevalență

Avortul medicamentos este utilizat în Europa din 1989 şi aproximativ 200.000 de femei au ales această metodă în locul chiuretajului.

Mifepristone este utilizat de rutină în 16 țări europene, primele fiind Franța, Marea Britanie şi Suedia, apoi urmate de China, Israel, Africa de Sud, Tunisia şi recent SUA.

În România, regimul mifepriston / mifepristol a fost folosit pentru prima oară în Târgu Mureş pe 150 paciente, în cadrul unui studiu OMS[40].

Clasificare

A). după vârsta gestațională:

< 9 săptămâni de sarcină;

9-14 săptămâni de sarcină,

> 14 săptămâni de sarcină.

B). după substanțele utilizate:

soluție salină hipertonă;

uree;

rivanol;

prostaglandine;

antiprogestative,

combinații.

---

pedic, 1998, p. 616;

[40] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 13-14;

Comentariu

Am subliniat cele două substanțe: *prostaglandine* şi *antiprogestative* (inclusiv combinația lor) folosite cel mai frecvent la ora actuală pentru inducerea unui avort medicamentos (chimic).

C). după modul de administrare

sistemică (intravenos),

locală (intravaginal, intracervical, intraamniotic, extraamniotic)[41].

Perioada în care se efectuează avortul medicamentos (chimic):

1). *Primul trimestru de sarcină (sub 12 săptămâni);*

2). *Al doilea trimestru de sarcină (12-24 de săptămâni)*[42].

1). *Trimestrul I de sarcină (sub 12 săptămâni)*

Avortul poate fi indus medicamentos în primele 63 de zile de sarcină[43].

Regimuri de medicamente (substanțe chimice) folosite pentru inducerea unui avort medicamentos în trimestrul I de sarcină:

a). *Prostaglandine şi analogi (substanțe asemănătoare)*

Mecanismul de acțiune constă în stimularea muşchilor uterini, provocând contracțiile acestuia indiferent de vârsta gestațională. Provoacă o maturare a colului uterin (dilatare), asemănătoare cu cea din timpul avortului spontan[44].

Istoric:

– folosirea Prostaglandinelor (acizi graşi care provoacă contracții uterine şi induc avortul în special în al doilea trimestru de sarcină) la începutul anilor 1970 a fost descurajatoare, folosindu-se pe cale endovenoasă sau intravaginal, efectele secundare (gastro-intestinale) fiind mari. Atunci, s-a recurs la folo-

---

[41] Ibidem, pp. 13-14 – 13-15;
[42] Ibidem; p. 13-18;
[43] Ibidem, p. 13-19;
[44] Ibidem, p. 13-15;

sirea lor intrauterină pentru a reduce efectele secundare, însă utilizarea clinică a acestei metode a rămas redusă[45].

Prostaglandinele au fost printre primele substanțe folosite în avortul provocat medicamentos, dar din cauza multiplelor efecte secundare, mai ales gastro-intestinale (voma, diareea), durerea uterină şi bronhospasmul, a fost limitată folosirea lor[46].

b). *Antiprogestative (RU 486 şi Epostane)*

Aceste substanțe se împart în 2 grupe, având ca efect comun oprirea formării de progesteron (hormon feminin) necesar în sarcină.

Inhibitorii receptorilor de progesteron: mifepriston (RU 486), lilopristone (ZK 98734) şi onapristone (ZK 98.299). Mifepristonul (RU 486) este un derivat de 19 nortestosteron care blochează acțiunea progesteronului la nivel celular, prin legarea de receptorul de progesteron. Mifepristonul posedă amândouă activitățile: antiglucocorticoidă (adică antisteroidiană) şi antiprogestațională[47].

Inhibitorii biosintezei hormonilor steroizi(a progesteronului): aceste substanțe inhibă sinteza (opresc formarea) progesteronului într-o fază a producerii lui din colesterol (vezi cap. IV). Cei mai bine cunoscuți inhibitori de hormoni steroizi (inclusiv progesteron) sunt inhibitorii de 3 beta HSD, incluzând azastene, trilostane şi Epostane. Deoarece 3 beta HSD se află şi în suprarenală, inhibarea ei afectează şi sinteza cortizolilor[48]. Cel mai activ produs este Epostane, care a fost sintetizat de compania farmaceutică Sterling-winthrop din Anglia[49]. Epostane este folosit pentru inducerea avortului, dar el necesită administrări repetate pe o perioadă de câteva zile[50].

[45] Ibidem, pp. 13-14 – 13-15;
[46] Ibidem, p. 13-19;
[47] Ibidem, p. 13-18;
[48] Ibidem;
[49] Ibidem;
[50] Ibidem, p. 13-20;

Mecanismul de acțiune al antiprogestativelor constă în:

– inhibarea biosintezei (formării) progesteronului (vezi cap. IV: Hormonii sexuali feminini), care este esențial pentru funcția reproductivă normală. Progesteronul joacă un rol important în ovulație, facilitează transportul oului fertilizat prin trompa uterină şi pregăteşte mucoasa uterină, adică endometrul, pentru a se putea implanta şi hrăni produsul de concepție[51].

– în timpul sarcinii, progesteronul păstrează uterul într-o stare de pasivitate (necontractil) care este esențială pentru dezvoltarea normală a fătului. *Privarea* (lipsa) de progesteron previne astfel implantația. RU 486 transformă uterul inactiv într-unul activ prin declanşarea contracțiilor uterine într-un interval de timp de 24 până la 36 de ore. De asemenea, creşte sensibilitatea la efectul prostaglandinelor (descrise mai sus) de aproximativ 5 ori[52].

– administrarea de RU 486 duce la o sângerare continuă pentru aproximativ 10 zile după avort, iar cantitatea de sânge pierdut este similară cu cea din timpul avortului chirurgical prin aspirație[53].

Când RU 486 este administrat singur, avortul este incomplet în 20% din cazuri sau mai mult, motiv pentru care se combină cu analogi de prostaglandine care cresc contracția musculaturii uterine[54].

În România, metoda de avort medicamentos cu mifepriston (RU 486) şi misoprostol (Prostaglandine) a fost introdusă în 1999 în Tg. Mureş, cu ocazia unui studiu OMS[55].

Efecte secundare: durerea uterină este cel mai frecvent efect secundar, iar complicațiile infecțioase apar în 1, 5% din cazuri[56].

---

[51] Ibidem, p. 13-16;
[52] Ibidem, pp. 13-16 – 13-17;
[53] Ibidem, p. 13-20;
[54] Ibidem;
[55] Ibidem, 13-21;
[56] Ibidem;

Epostane are efecte secundare ce constau în special în greață, raportată în 75% din cazuri, care a dus la întreruperea tratamentului de către unele dintre femei[57].



Imagine: http://www.abtreibung.de/ru486.htm

c). *Metotrexat* este un medicament citotoxic (distruge celulele) care, administrat unei gravide, va omorî produsul de concepție şi rezultatul va fi avortul. OMS a respins utilizarea acestei metode pentru întreruperea sarcinii, dar ea este totuşi utilizată în SUA[58].

Comentarii

– Literatura de specialitate recunoaşte că se intervine în procesul de implantare al embrionului: „deoarece progesteronul (hormon natural feminin) joacă un rol cheie în procesul reproductiv (influențând mai multe etape ale procesului de implantare a embrionului), orice substanță care împiedică acțiunea hormonului progesteron asupra organelor genitale (mai ales mucoasa uterină), are *activități antifertile*. Ca urmare, *întârzie dezvoltarea endometrului*"[59].

– *RU 486* este o substanță cu *acțiune antiprogesteronică*, aşa cum îi spune şi denumirea şi are o acțiune inversă decât progesteronul (care ar trebui să dezvolte mucoasa uterină şi să o pregătească pentru implantarea

[57] Ibidem, 13-20;
[58] Ibidem, p. 13-22;
[59] Ibidem, 11-14;

embrionului). Ca urmare, acest lucru nu se mai întâmplă, deci va avea loc *distrugerea embrionului* în decurs de 2-4 zile, însoțită fiind de o sângerare; cu cât sarcina este mai mare, cu atât sângerarea va fi mai importantă (până la 1 litru). Alt risc este cel al unei infecții[60];

– Întrucât contracepția modernă, din cauza efectelor secundare şi a cotei de eşecuri, nu oferă satisfacție, se caută metode de planificare familială noi şi mai bune („perfecte"). În prezent, acestea se prezintă sub forma *RU 486* (progesteron antagonist) şi *Epostane* (inhibitor al sintezei progesteronului), în combinație cu prostagladine. Acestea permit avortul pe cale medicamentoasă şi în faze înaintate ale sarcinii şi pot înlocui în mare măsură avortul chirurgical, în multe privințe o intervenție incomodă sau împovărătoare[61].

În concluzie, aceste substanțe chimice „sufocă" embrionul care nu se mai poate hrăni din placenta distrusă prin lipsa de progesteron. Acest lucru se întâmplă după ce concepția a avut loc, ba chiar după ce implantarea embrionului în uter a avut loc, deci când şi Medicina recunoaşte că avem deja o sarcină cu un copil viabil. De aceea, putem vorbi de un avort, o crimă efectuată cu premeditare într-o fază de început de dezvoltare embrionară (vezi cap. II: Dezvoltarea embrionară şi fetală).

2). *Trimestrul II de sarcină (12-24 săptămâni)*

Regimurile de avort medicamentos (chimic) folosite în trimestrul II de sarcină (12-24 săptămâni) sunt:

a.) *Metode invazive*: administrarea medicamentului (a substanței chimice) pe cale intrauterină (intraamniotic);

[60] Dr. Rudolf Ehmann, *Ist die „Pille" wirklich nur ein Verhütungsmittel? Zur nidationshemmenden Wirkung eines Hormonpräparates*, Medizin und Ideologie. Informationsblatt der Europäischen Ärzteaktion, 2/2007, p. 12;

[61] Dr. med. Rudolf Ehmann, *Mijloace anticoncepționale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog*, Conferință susținută pe 22.09.1990 la Dresda, la Congresul internațional „World Federation of Doctors Who Respect Human Life", p. 31;

b.) *Metode non-invazive*: administrarea pe cale sanguină sau intravaginal;

Combinate[62].

Comentariu

Aceste metode nu se folosesc în țara noastră în cazul avortului legal din trimestrul II de sarcină, dar ele sunt folosite în cazul avortului terapeutic, când se solicită de către mamă în cazul unei boli care îi pune viața în pericol sau în cazul în care copilul are o afecțiune gravă. Cu toate acestea, rămâne dureros faptul că ne gândim doar dacă sunt sau nu invazive pentru mamă, ştiind că pentru copil ele sunt fatale!

Descrierea metodelor

Administrarea intrauterină, intra-amniotică(în sacul placentar)

- ser clorurat hiperton 20%;
- prostaglandine,
- uree hiperosmolară.

Administrarea intrauterină, extraamniotică (în afara sacului placentar)

- ser clorurat, hiperton sau izoton;
- prostaglandine,
- rivanol[63].

Serul clorurat hiperton 20% (serul hiperton este o substanță cu presiune osmotică mai mare decât cea a plasmei) se injectează pentru a stimula contracțiile uterine şi pentru a dilata colul uterin (asemănător ca la o naştere având în vedere că avem de-a face cu un copil mare, în trimestrul II de sarcină); metoda a fost introdusă de Aburel în 1957; se injectează transabdominal serul în cavitatea amniotică, după ce a fost extrasă o cantitate de 100-200 ml lichid amniotic; soluțiile hipertone *distrug membranele fetale;* contracțiile uterine apar în 2 ore de la admi-

[62] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 13-22;
[63] Ibidem;

nistrarea substanței, iar avortul se produce între 24 – 72 de ore, mimând o naştere în miniatură; metoda poate duce la mari complicații, inclusiv moartea, de aceea indicațiile sunt foarte restrânse; complicațiile pot fi: criza hiperosmolară, insuficiență cardiacă, şoc septic, peritonită, hemoragie, coagulare intravasculară diseminată[64].

> Comentariu
>
> Nu mai putem vorbi de o naştere normală, nici măcar în miniatură, ci de o eliminare, avortare a unui copil mort, distrus de aceste substanțe chimice.

Ureea hiperosmolară este instilată intraamniotic după extragerea a 200 ml de lichid amniotic; este metoda preferată de câteva instituții din SUA pentru inducerea avortului în trimestrul II de sarcină; ureea traversează membrana celulară şi acționează ca un diuretic; este relativ nedăunătoare (pentru mamă) şi este asociată cu o perfuzie cu Prostaglandine; aceste combinații măresc rata de succes la 95% pe parcursul a 24 de ore; complicațiile sunt comune tuturor metodelor de avort din trimestrul II de sarcină[65].

> Comentariu
>
> Metoda poate nu este atât de dăunătoare mamei, dar omoară copilul care, după cum ştim, are deja dezvoltate simțurile în trimestrul II de sarcină, inclusiv pe cel al durerii. Deci este o pruncucidere dureroasă.

Rivanolul este o bază slabă, cu slabe proprietăți antiseptice; în urma studiilor efectuate de către OMS, s-a constatat prezența unei toxicități acute; compusul se instilează *în afara sacului amniotic*, cu ajutorul unei sonde care trece prin canalul cervical; în 90% din cazuri, se provoacă avortul în 72 de ore prin

[64] Ibidem, p. 13-23;
[65] Ibidem;

adăugarea unei perfuzii ociticice; frecvența leziunilor colului uterin este mai mică decât în cazul folosirii serului clorurat sau a prostaglandinelor[66].

Prostaglandine (PG) se administrează *extraamniotic* în vagin, sub formă de ovule sau printr-un cateter, sub formă de gel în canalul cervical sau se poate administra *intraamniotic* (în sacul amniotic) prin amniocenteză; ca procentaj, 20% din femei nu avortează după 24 de ore de la intervenție; în SUA se utilizează injectarea intraamniotică a unei doze PG repetată la un interval de 6 ore; durata sângerării este de 1-2 săptămâni; în medie, cantitatea de sânge pierdut este de 61,7 ml; poate apărea febra (7%), necesită analgezice (32-55%); intervalul dintre intervenție şi avort este de 19-22 de ore, iar placenta este reținută la mai mult de 1/3 din paciente; toate acestea au limitat metoda. Datorită frecvenței mari a reacțiilor secundare, în special gastro-intestinale, se preferă administrarea intraamniotică a PG[67].



Imagine: http://www.abtreibung.de/hormon.htm

Comentariu

Când PG (prostaglandinele) se injectează direct în sacul amniotic (metoda invazivă), ele de fapt pătrund în musculatura uterină determinând contracția acesteia pentru a elimina fătul; acesta nu moare întotdeauna,

[66] Ibidem;
[67] Ibidem, p. 13-24;

ci deseori el se „naşte" viu şi va deceda ulterior prin hipotermie (de frig)[68].

Combinate: Mifepristone (RU 486) şi Prostaglandine (PG): într-un studiu pe 20 de femei cu sarcini viabile de 16-18 săptămâni, s-a demonstrat că, prin administrarea unei singure doze de Mifepristone cu 24 de ore înainte de administrarea de Prostaglandine (în doze mai mici), duce la scurtarea perioadei de expulsie a fătului, motiv pentru care se pare că ***a**ceastă combinație va deveni o metodă de rutină în inducerea avortului în trimestrul II de sarcină*[69].

Comentariu

RU 486 este folosit, deci, în 3 situații în care provoacă avortul: contracepția de urgență sau „de a doua zi", care este exclusiv abortivă, în avortul medicamentos (chimic) indus în trimestrul I de sarcină şi în avortul medicamentos (chimic) indus în trimestrul II de sarcină. Efectul lui antiprogesteronic nu este îndreptat direct împotriva embrionului şi a fătului, ci împotriva placentei pe care o distruge, copilul murind practic din lipsă de oxigen şi substanțe nutritive (pe care le primea prin intermediul placentei). În ultimele 2 cazuri, este vorba de o pruncucidere dureroasă.

La noi în țară a fost introdus recent această Substanță abortivă, fiind etichetat ca *„medicamentul minune"* care poate provoca un avort. Este regretabil că Ministerul Sanătății a găsit încă o modalitate „mai comodă" pentru femeie de a-şi omorî pruncul.

B). AVORTUL după mecanismul de producere

1). *Avortul „la cerere" (provocat / voluntar / legal)*

Avortul voluntar sau electiv este întreruperea sarcinii la

[68] http://www.abtreibung.de/hormon.htm

[69] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 13-24;

cererea femeii, dar nu pentru motive de afectare a mamei sau de suferință fetală. Acesta se poate efectua conform legislației în cazul sarcinilor sub 12 săptămâni, adică în trimestrul I de sarcină. Este legal şi se efectuează doar în clinici şi cabinete de ginecologie, în condiții de asepsie. Metoda folosită este cea chirurgicală, printr-una din variantele descrise anterior[70].

Comentarii

Am spus despre acest avort că este o „pruncucidere legalizată" când, atât personalul medical, cât şi femeia, ies de sub incidența legii după o crimă efectuată cu premeditare asupra unui copil nevinovat, fără nicio apărare.

Este pentru prima dată în istoria Medicinii când o întreagă ramură a ei, cea de Obstetrică-Ginecologie, este obligată, în virtutea unei legi, să încalce jurământul lui Hipocrate. Nu cred că ar fi suficientă o „anulare" a acestui jurământ în cazul medicilor ginecologi (aşa cum au cerut deja medicii din Franța) sau chiar a tuturor medicilor, deoarece crima tot crimă rămâne, fie că este sau nu acoperită de o lege pământească.

2). *Avortul terapeutic sau medical (provocat)*

Avortul terapeutic sau medical este întreruperea sarcinii din motive medicale – materne sau fetale – indiferent de vârsta gestațională (trimestrele I şi II de sarcină)[71].

Comentariu

Am denumit acest avort „avort provocat" (deoarece nu este spontan şi dacă nu l-am provoca, el nu ar avea loc) prin mijloace chirurgicale (avort chirurgical) sau cu substanțe chimice (avort chimic). Pe acestea din urmă, literatura de specialitate le numeşte „regimuri medicamentoase".

[70] Ibidem, p. 13-1;
[71] Sorin Marius Bunescu, *Avort terapeutic în trimestrul II de sarcină*, Teza de doctorat, UMF Cluj-Napoca, 2000, p. 12;

> Pentru avortul terapeutic din trimestrul I de sarcină este folosită metoda chirurgicală. Acesta nu trebuie justificat medical deoarece este legal în această perioadă.
>
> Rămâne de justificat medical avortul terapeutic din trimestrul II de sarcină, fie din cauze materne, fie fetale. În acest caz, metodele folosite sunt fie inducerea naşterii, fie „mica” cezariană.

Cauzele materne şi fetale care au dus la avort terapeutic în trimestrul II de sarcină, după un studiu ce a fost realizat la Clinica de Ginecologie I din Cluj[72]:

1). *Cauze materne de avort terapeutic: 126 cazuri (91,97%)*

afecțiuni cardiace	39 cazuri
boli infecțioase (rubeolă)	22 cazuri
tuberculoza pulmonară	14 cazuri
sifilis	13 cazuri
endocrinopatii (boli hormonale)	11 cazuri
boli neurologice	6 cazuri
boli psihice	6 cazuri
boli renale	4 cazuri
tratamente sau investigații cu potențial teratogen, adică malformativ	4 cazuri
alte boli	7 cazuri

2). *Cauze fetale de avort terapeutic: 11 cazuri (8,03%)*

anencefalie	7 cazuri
hidrocefalie	3 cazuri
polimalformații	1 caz.

În concluzie, până în anul 2000, cauzele avortului terapeutic erau în marea lor majoritate afecțiunile materne.

Acest lucru s-a modificat radical după anul 2000, când au devenit tot mai răspândite metodele de diagnostic prenatal al bolilor fetale.

[72] Ibidem;

Autorul studiului specifică faptul că „*se constată în ultimii 2 ani o tendință netă de deplasare a indicațiilor dinspre matern spre fetal – de la 2% în primii 5 ani ai studiului, la 20,5% în ultimii 2 ani* –, aceasta prin diagnosticarea ecografică antenatală a anomaliilor structurale fetale majore"[73].

Dinamica avorturilor în funcție de mecanismul de producere:

Redau mai jos un studiu efectuat în altă Clinică din țară, privind dinamica avorturilor, limitându-mă la avortul terapeutic.

Din analiza retrospectivă (1994-2000) a avortului în Spitalul Clinic de Obstetrică Ginecologie „Traian Vuia" din Arad, se constată o menținere aproape constantă a numărului de avorturi terapeutice în condițiile unei evidente scăderi a numărului global de avorturi[74].

Anul 1994: 4464 avorturi, din care 14 a. terapeutice;

Anul 2000: 1866 avorturi, din care 18 a. terapeutice[75].

În concluzie, cu toate că a scăzut numărul avorturilor în cei 6 ani de la 4464 la 1866, deci la mai mult de jumătate, a crescut numărul avorturilor terapeutice (în loc să scadă la sub 7!).

Diagnosticul histopatologic al sarcinii pe materialul de chiuretaj în cazul avortului terapeutic:

– Există posibilitatea ca, prin examinarea (histopatologică) a unor țesuturi (inclusiv de embrion sau făt) să se stabilească într-un procent destul de mare *cauza decesului.*

– *Avortul terapeutic, din motive medicale* (copil sănătos şi mamă bolnavă sau copil bolnav şi mamă sănătoasă) *sau sociale* (mamă sănătoasă şi copil sănătos) nu pune probleme de diagnostic. De ce? În literatura de specialitate, se precizează că, în condițiile

[73] Ibidem;
[74] Dr. Mahmoud Moutlak, *Avortul toxico-septic*, Teză de doctorat, UMF Cluj-Napoca, 1988, p. 7;
[75] Ibidem, extras din tabel;

unui avort terapeutic, „chiuretajul furnizează produsul de concepție complet: sac vitelin, vilozități coriale, țesut decidual, embrion" (primele 3 sunt componente ale placentei)[76].

– Țesutul placentar rezultat în urma unui avort terapeutic poate oferi date exacte despre vârsta sarcinii, bazate pe studiul dezvoltării acestuia: astfel, în jurul zilei a 9-a (embrionul de 9 zile se implantează în uter), se formează lacunele (în structura marginală a embrionului) prin contactul acestuia cu sângele matern; în ziua a 13-a de sarcină, apar vilozitățile primare (părți ale placentei), care în ziua a 15-a se transformă în vilozități secundare, iar în ziua a 20-a se transformă în vilozități terțiare (când placenta este formată); în funcție de stadiul în care se află dezvoltate aceste vilozități (părți ale placentei), vom cunoaşte vârsta embrionului. În ziua a 17-a de sarcină, placenta are grosimea de 1 cm. Ca urmare a dezvoltării rapide a placentei şi a blastocistului (embrionului), în avort se observă deja modificarea şi descompunerea placentei; apariția zonelor de necroză pune problema diferențierii unui avort septic de unul terapeutic (în avortul septic, necrozele sunt mai extinse)[77].

Comentarii

În avortul terapeutic efectuat din cauze fetale, inclusiv în cazurile diagnosticate prin diagnostic genetic prenatal (pentru sindrom Down etc.), se poate constata, prin intermediul diagnosticului histopatologic descris anterior *dacă s-a pus un diagnostic fals, iar copilul avortat a fost sănătos*. Aceste cazuri, în care avortăm un copil sănătos sunt destul de frecvente, mai ales în trimestrul I de sarcină (lunile 1-3). Nu este considerată o culpă medicală şi nici nu există la noi în țară studii în acest sens, ci doar în țările occidentale. (vezi cap. VII: Sarcina cu risc major. Avortul terapeutic).

[76] Maria Florescu, Nicolae Cernea, Cristina Simionescu, *Endometrul. Ciclul menstrual normal şi patologic*, Editura Medicală, Bucureşti, 1998, p. 292;
[77] Ibidem, pp. 293-294;

Avortul terapeutic a luat amploare odată cu avortul chirurgical, după legalizarea acestuia din decembrie 1989; un studiu efectuat în Clinica de Ginecologie I din Cluj (redat anterior) arată faptul că până la Revoluție procentul cauzelor materne pentru care s-a efectuat avort era de 91,9% şi de doar 8% cel al cauzelor fetale; după legalizarea avorturilor se constată o tendință netă de deplasare a indicațiilor dinspre matern spre fetal, de la 2% în primii 5 ani ai studiului la 20,5% în ultimii 2 ani, aceasta prin diagnosticarea ecografică antenatală a anomaliilor structurale fetale majore. Iată, deci, cum societatea începe să elimine prunci bolnavi. (vezi cap. VII) Părintele Juvenalie îl denumeşte „avort eugenetic", afirmând că se insinuează motivații de natură socio-economică şi hedonistică[78].

Care este poziția BOR în privința avortului, inclusiv a avortului terapeutic?

Avortul terapeutic este doar atunci admis de BOR (Biserica Ortodoxă Română) când viața mamei este în pericol (cancer, sarcină extrauterină etc.), dar nu este admis atunci când copilul suferă de anumite boli dovedite prin diagnosticul prenatal;

a). Daca viața mamei este pusă realmente în pericol prin sarcină sau naştere, ar trebui să fie acordată prioritate vieții femeii, nu pentru că viața ei are o valoare mai mare în sine, ci datorită relațiilor şi responsabilităților față de alte persoane, care depind de ea.

b). În cazul în care investigația genetică descoperă un copil nenăscut anormal, recomandarea este de a naşte copilul, respectându-i dreptul la viață, dar decizia o va avea familia, după ce acesteia i s-au adus la cunoştință de către medic şi de către duhovnic toate implicațiile morale şi de întreținere. Toate acestea trebuie rezolvate din perspectiva semnificației mântuitoare a pre-

[78] Părintele Juvenalie, *Teroriştii uterului. Terorism ştiințific şi etica începuturilor vieții. Eseu de bioetică a gestației*, Editura Anastasia, Bucureşti, 2002, p. 271;

zenței unei ființe handicapate în viața fiecărei persoane şi în viața comunității.

c). Riscul avortului datorat violului sau incestului trebuie evitat mai întâi la nivelul educării cu privire la necomiterea acestor păcate. În cazul în care starea de graviditate s-a produs, copilul va trebui născut şi, după caz, înfiat.

d). Avortul nu poate fi niciodată justificat moral de starea economică a familiei, de neînțelegerile dintre parteneri, de afectarea carierei viitoarei mame sau a aspectului fizic[79].

Profesorul de Bioetică H. Tristram Engelhardt jr. afirmă:„Poziția Bisericii în condamnarea avorturilor de către Canoanele Bisericii are implicații dramatice pentru practica medicală contemporană. Ea duce la o fermă condamnare a screeningului prenatal şi a avortului. Acestea au ajuns să ceară evaluarea copiilor nenăscuți şi avortul lor în cazul în care se dovedesc a fi malformați. Acest lucru încurajează părinții să nu înfrunte provocarea iubirii şi îngrijirii unui copil cu defecte sau handicapuri severe [...]. În fața legii, medicii au ajuns responsabili dacă nu oferă părinților informațiile necesare ca aceştia să poată decide dacă doresc să-şi ucidă copilul încă nenăscut. [...] Tradiția Bisericii nu are nicio simpatie pentru argumente de felul celor ce afirmă că un asemenea copil va fi lezat prin aceea că e lăsat să trăiască cu o malformație gravă. Întrucât perspectiva e viața veşnică, nu doar o suferință temporară, copilului i se dă întotdeauna un bine uriaş odată cu viața trecătoare, dată fiind posibilitatea experienței Tainelor Bisericii, în ciuda vătămărilor asociate cu defectul, handicapul sau boala lui”[80]

[79] Site oficial al BOR – avortul: Comisii Sinodale. COMISIA NAȚIONALĂ DE BIOETICĂ. SECTORUL BISERICA ŞI SOCIETATEA AL PATRIARHIEI ROMÂNE, http://www.patriarhia.ro/Site/Comisii/bioetica.html# ;
[80] H.Tristram Engelhardt jr., *op. cit.*, p. 363;

3). *Avortul spontan*

Definiție: Avortul spontan reprezintă întreruperea sarcinii spontane (neimpusă, indiferent de voința femeii) în perioada de până la 22 de săptămâni de graviditate. Statistica arată ca 15-20% din sarcinile dorite se termină cu avort spontan[81].

Cauzele

A). fetale

B). materne

A). Cauze fetale: Mai mult de jumătate din aceste avorturi sunt legate de *factorii genetici*. Cel mai des, acestea sunt *dereglările numărului sau calității cromozomilor în celulele fătului*. O parte din aceste modificări cromozomiale apar ca rezultat al unei greşeli apărute pe parcursul dezvoltării intrauterine a fătului. De asemenea, aceste schimbări cromozomiale se pot transmite de la părinți.

B). Cauze materne: O alta cauză a avorturilor spontane sunt *problemele* legate de *organismul mamei* (fizice):

a) prezența infecției persistente în organismului matern: infecții virale, bacteriene, micotice ş.a;

b) boli cronice cum ar fi: hipertensiunea arterială cronică, diabetul zaharat;

c) dereglarea imunității, incompatibilitatea rezus-factor al fătului cu Rh-ul mamei;

d) probleme ginecologice (hipoplazia uterului, sept al uterului, tumoare a musculaturii uterine, deformarea uterului, insuficiența colului uterin etc.);

e) tulburări endocrine, hormonale din partea ovarelor (hipofuncție ovariană ş.a);

f) factorii psihogeni (stres, nervozitate excesivă) care cel mai adesea sunt ca nişte mecanisme declanşatoare pe fondul bolilor existente enumerate mai sus,

---

[81] Ibidem, p. 12;

g) Intoxicațiile acute şi cronice apărute în primele săptămâni de graviditate, de asemenea pot duce la declanşarea avortului spontan[82].

Diagnosticul histopatologic al sarcinii pe materialul de chiuretaj:

– Există posibilitatea ca, prin examinarea (histopatologică) a unor țesuturi (inclusiv de embrion sau făt), să se stabilească într-un procent destul de mare cauza decesului.

– În toate avorturile spontane, oul (embrionul) prezintă anomalii (fie de poziție a embrionului, fie de dezvoltare a placentei etc.)[83].

– Cauzele declanşatoare ale avortului spontan în primele 3 luni de sarcină sunt predominant genetice, hormonale, imunologice sau infecțioase; în următoarele luni, cauzele sunt legate de patologia placentei sau de contractilitatea uterină[84];

– Cauzele avortului spontan sunt multiple, dar nu se pot pune în evidență decât în 60% din cazuri. Se admite că 2/3 din acestea s-ar datora cauzelor embrionare (anomaliei oului): liza (moartea oului), anomalii ale embrionului (diferite boli genetice); degenerarea vilozităților (distrugerea placentei), iar 1/3 ar avea cauze materne: anomalii uterine, infecții bacteriene etc.

– *Avorturile prin anomalii de implantare a embrionului în uter pot apărea* şi din cauza unor factori locali: endometrul (mucoasa uterină) cu proliferare neregulată, endometrul insuficient secretor. *În cele mai multe din aceste cazuri,* implantarea nu se produce, *se produce avortul menstrual, toate acestea trecând neobservate. Din acest motiv, ele nu se pot înregistra ca avorturi spontane.*

– Constatările făcute de Langhans în 1901 şi Hitschmann în 1904 sunt valabile şi astăzi; ei au observat că histopatologic în avort eliminarea conținutului uterin nu se produce ca într-o

[82] Ibidem;
[83] Maria Florescu, Nicolae Cernea, Cristina Simionescu, *op. cit.*, p. 294;
[84] Ibidem;

menstruație fiziologică sau ca la o naştere, ci prin necroza situată în stratul superior al deciduei (parte a mucoasei uterine din timpul sarcinii care se elimină odată cu placenta.). Placenta sau decidua prezintă frecvent modificări regresive[85].

Comentarii

Aceste avorturi spontane, fără nicio intervenție din afară, sunt definite în literatura creştin-ortodoxă ca fiind avorturi imprevizibile. Într-adevăr, de cele mai multe ori, mama nu este vinovată de avort, când fie copilul bolnav a murit, fie bolile mamei au dus la moartea copilului. Totuşi, şi în aceste cazuri Biserica a rânduit o rugăciune de dezlegare sau molitfă, care se citeşte de către preot, după trecerea zilelor de curățenie[86].

Cu toate acestea, nu ne poate induce în eroare acel procent mare de 20% de sarcini dorite şi totuşi pierdute. De ce? Sunt descrise şi în literatura de specialitate (prin intermediul examenului histopatologic) o serie de cauze materne, deloc inocente, care pot duce la avorturi spontane: uter cu mucoasa uterină modificată, atrofiată („uscată") din cauza contraceptivelor sau a steriletului(în literatura de specialitate este denumit endometru insuficient secretor); uter cu cicatrici sau sinechii (lipirea pereților uterini) în urma unui avort (sau a mai multor) în antecedente; insuficiența colului uterin (frecvent în urma unui avort complicat etc.). La aceste cauze, putem adăuga infecțiile datorate avorturilor din antecedente sau bolilor cu transmitere sexuale, motive pentru care se fac vinovați de obicei ambii parteneri.Însuşi sindromul postavort nevindecat (depresii nervoase etc.) poate duce la un avort spontan. Cauzele pot continua (…).

Aşa cum este menționat anterior, histopatologic un avort timpuriu (înainte de implantare) nu este etiche-

85 Ibidem;
86 Părintele Juvenalie, *op. cit.*, p. 272;

tat drept un avort spontan. Atunci ce este? Se pierde totuşi un embrion de aproximativ 10 zile. El este denumit avort menstrual. Dar este vorba doar de o simplă menstruaţie, de sânge menstrual? El conţine totuşi acel embrion mic, nedecelabil cu ochiul liber, care, examinat la microscop (histopatologic), ar fi văzut. Prin descrierea modificărilor histopatologice de către autori, apare o contradicţie. Chiar ei recunosc că modul în care se produce eliminarea conţinutului uterin (aici se subînţelege: sânge, placentă şi embrion) este diferită de cea din menstruaţie sau naştere! Nici nu poate fi altfel, fiindcă nu este vorba nici de o menstruaţie, nici de naşterea unui copil viu, ci este vorba de un avort! În concluzie, avortul „menstrual" este totuşi un avort adevărat, spontan.

4). *Avortul provocat empiric*

Avortul provocat empiric *este întreruperea cursului normal al sarcinii prin orice mijloace în afara condiţiilor admise medical sau de lege*[87].

Înainte de legalizarea avortului din decembrie 1989, acest avort mai era denumit avort provocat sau criminal. Avortul legal se făcea doar în anumite condiţii (…).

Comentarii

Acest avort este, desigur, condamnabil fiindcă şi viaţa femeii este pusă în pericol. Dacă ea decedează, este considerată o moarte în păcate grele (păcat de moarte) fără să mai aibă timp pentru pocăinţă.

Avorturile empirice continuă să fie efectuate chiar şi după legalizarea avortului din decembrie 1989; nu este deloc un paradox, ci este un fenomen explicabil: prin promovarea metodelor contraceptive, dar şi a dreptului la avort legal, s-a încurajat foarte mult viaţa sexuală la tineri, mai ales în rândul adolescenţilor. După sta-

[87] Dr. Mahmoud Moutlak, *op. cit.*, p. 7;

tisticile efectuate, aceştia îşi încep viața sexuală la o vârstă tot mai fragedă. Deseori, elevele rămân însărcinate, dar tăinuiesc acest fapt familiei, profesorilor, prietenilor etc., riscând deseori să-şi provoace un avort empiric sau să nască, aruncând apoi copilul în tomberonul de gunoi. Nu putem vorbi în aceste cazuri doar de lipsa educației, ci şi de imaturitatea lor, ele nefiind în măsură să ia o decizie corectă în astfel de cazuri. Noi, adulții, părinții, dăm greş. Doar prin exemplul nostru personal mai putem să-i educăm sau să-i reeducăm pe tinerii noştri în aceste condiții. Dacă părinții, însă, folosesc şi ei metodele de planificare familială, inclusiv sterilet sau chiar avortul chirurgical, atunci vom asista în continuare la astfel de avorturi…

Revoluția sexuală din Occident a pătruns şi la noi în țară. Părintele Prof. Dr. J. Breck din America afirmă: „Dacă experiența sexuală printre adolescenți nu mai este ceva nou, numărul tinerilor care sunt „activi sexual” a crescut dramatic în ultimele trei decenii. [...] Totuşi, de-a lungul anilor, atât experiența pastorală cât şi mass-media au arătat că revoluția sexuală a adus în societatea americană mai mult confuzie decât libertate, mai mult libertinaj decât eliberare. Odată ce televiziunea şi-a intrat în rol, iar producătorii au început să realizeze puterea sexualității în vânzarea produselor, a început reeducarea socială în masă privind valorile sexuale, aceasta ducând la o importantă restructurare a rolurilor sexuale tradiționale. O consecință majoră a fost dărâmarea vechilor tabuuri legate de pornografie, sex extraconjugal şi copii „nelegitimi”. De la jocurile inocente ce caracterizau relațiile (publice) dintre bărbat şi femeie din prima jumătate a secolului, s-a trecut la comportamentul dezinvolt şi la epidemia sarcinilor la adolescente”[88].

[88] Preot Prof. Dr. John Breck, *op. cit.*, p. 35;

V). *Complicațiile avortului*

Complicațiile avortului chirurgical (prin vacuum-aspirație, dilatare şi chiuretaj, dilatare şi evacuare)

A). Imediate: survin în primele 3 ore de la avort

– hemoragia uterină: definițiile hemoragiei merg de la 100 la 1000 de ml de sânge pierdut. Ele sunt cauzate de retenții placentare, atonie uterină (lipsa contracțiilor uterine care produc o hemostază bună) sau boli de coagulare a sângelui. Anestezia generală, de asemenea, poate cauza hemoragii în primul trimestru de sarcină, deoarece aceşti agenți induc o relaxare uterină. Riscul de deces prin hemoragie creşte cu vârsta pacientei, cu vârsta gestațională mai mare de 20 de săptămâni, existența perforației uterine, a rupturii uterine sau a avortului incomplet (cu resturi fetale sau placentare);

– perforația uterină: este o complicație de temut, ea poate apărea în timpul histerometriei (măsurarea uterului cu ajutorul histerometrului), a dilatării sau a chiuretajului. Factorii determinanți ai acestei complicații sunt lipsa de experiență a medicului şi poziția în retroversie a uterului. Pericolul mare constă în urmările perforației: hemoragia şi lezarea organelor interne abdominale (vezică urinară, intestin, trompă uterină), cele mai grave fiind provocate de chiureta ascuțită.

– leziunea colului uterin: este o complicație frecventă şi foarte serioasă, care poate să apară în timpul chiuretajului, mai ales în timpul dilatării colului. Aceste leziuni se pot extinde lateral, unde se află vasele mari de sânge ale uterului, şi pot cauza o sângerare foarte mare, care uneori necesită histerectomie (extirparea uterului).

– complicațiile anesteziei: folosirea anesteziei generale se asociază cu rate crescute de leziune cervicală, perforație uterină şi tratamentul acestor complicații, dar convulsiile sunt mai frecvente când se foloseşte anestezia locală.

– embolismul: pot apărea după avort 3 tipuri de emboli letali: trombi sanguini, aer şi lichid amniotic. Moartea intervine prin colaps cardiovascular, hemoragie şi comă.

– naştere de feți vii: este, desigur, mai frecventă în al doilea trimestru de sarcină (făt de 3-6 luni). Se întâmplă când medicul a subestimat vârsta sarcinii, iar aceasta este mare[89].

B). Precoce: apar după primele 3 ore, până la 28 de zile după avort

– retenția produsului de concepție: rămâne una din cele mai importante cauze ale morbidității prin avort (cauză de boală), având ca rezultat infecția sau sângerarea sau ambele.

– infecția este deseori asociată retenției de țesuturi fetale şi este cea de-a doua complicație importantă din cele precoce. Microorganismele răspunzătoare de infecția genitală din timpul şi de după avort sunt reprezentate în mod curent de flora endogenă vaginală, precum şi de gonococ, producător al gonoreei[90]. Avortul infectat poate avea ca rezultat avortul septic sau chiar toxico-septic; este o complicație foarte gravă, frecvent mortală. Ascensiunea spontană a microbilor în cursul avorturilor spontane, dar mai ales aportul lor exogen cu ocazia avorturilor provocate, determină infectarea cavității uterului, iar progresiunea infecției poate cuprinde mucoasa uterină, trompele uterine, ovarele, țesutul celular periuterin; este posibilă şi generalizarea infecției spre septicemie, ducând la apariția avortului toxico-septic. Frecvența mare a cazurilor, gravitatea deosebită, sechelele în timp la femei tinere, în plină activitate genitală şi decesul pe care-l determină, fac din această formă de infecție un esențial element în morbiditatea şi mortalitatea obstetricală[91].

C). Tardive: apar după 28 zile de la avort

---

[89] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, pp. 13-8 – 13-9 – 13-10;

[90] Ibidem, p. 13-8;

[91] Ibidem, p. 13-10;

– anomaliile menstruale: apar din cauza manevrelor instrumentale uterine destinate inducerii avortului, dereglările consecutive ale menstrelor fiind posibile ca urmare a retenției unor resturi intrauterine;
– infertilitatea sau sterilitatea secundară: este posibilă prin inflamația postavort a trompelor uterine cu ocluzia (închiderea) acestora.
– avortul spontan: riscul de insuficiență cervicală (col uterin deschis) după dilatări de calibru mare (la feți de peste 14 săptămâni) şi proceduri de chiuretaj cu chiuretă ascuțită poate duce la avorturi spontane sau la naşteri premature.
– sarcina ectopică: aproximativ 1% din avorturile provocate vor avea o infecție postavort, ceea ce predispune la un risc crescut de sarcini ectopice la o concepție ulterioară, mai ales cele infectate cu Chlamydia Trachomatis sunt predispuse spre boala pelvină inflamatorie.
– prematuritatea: naşteri premature menționate mai sus;
– imunizarea Rh: se poate dezvolta la femeile Rh negative prin pătrunderea hematiilor fetale în circulația maternă în timpul actului operator. Acest risc creşte odată cu creşterea vârstei gestaționale,
– efectele psihicesunt caracterizate prin remuşcări obsesive sau sentimentul de vinovăție. Apariția lor este legată de anumite sentimente moral-religioase (…)[92].

Dr. Vasile Luca defineşte tulburările psihice ca fiind „consecința şocului emoțional, a sechelelor organice ale avortului sau a complexului psihic rezultat din interpretarea suferințelor, complicațiilor postabortum, a consecințelor lor personale, familiale şi sociale, a fricii de o nouă sarcină etc. Se pot întâlni adevărate psihoze depresive cu idei de culpabilitate, stări anxioase, complexe sexuale, frigiditate etc.[93]

[92] Ibidem; pp. 13-10 – 13-11 – 13-12;
[93] Dr. Vasile Luca, *Avortul provocat,* „Medicina pentru toți", nr. 69, Editura Me-

D). Mortalitatea

Rata decesului după avort este de 0-2 decese / 100.000 proceduri, cauzele majore fiind: infecția (23%), embolism (23%), hemoragie (23%) şi complicații ale anesteziei locale sau generale (16%)[94].

Comentarii

Efectele avortului se clasifică în 2 mari grupe: fizice şi psihice. În literatura de specialitate, ele sunt grupate la modul general, după timpul la care se produc, iar cele psihice sunt încadrate la cele tardive.

1). Mă voi referi, pentru început, la efectele psihice pe care le produce avortul şi care, după cum este redat mai sus, sunt tratate mai mult decât superficial.

Oameni, inclusiv medici, care au fost interesați de efectele psihice grave pe care le lasă în urmă un avort, şi aici mă refer în special la membrii primelor asociații provita romano-catolice care au apărut în Occident, au grupat aceste simptome psihice în sindromul postavort. Ei l-au denumit Post-Abortion-Syndrom (PAS).

Voi încerca să definesc acest sindrom folosindu-mă de experiența mea din numeroasele consilieri. M-am convins într-un timp relativ scurt de existența acestui sindrom şi l-am denumit la fel. Am constatat, însă, în acelaşi timp, importanța mai mare, predominantă, a laturii lui moral-spirituale, decât a celei medicale.

Ce reprezintă sindromul postavort din punct de vedere spiritual?

El reprezintă o exteriorizare, prin intermediul simptomelor psihice, a stării de păcat în care se află persoana respectivă, după un avort provocat. Cu alte cuvinte, este vorba de o *suferință sufletească*, sufletul fiind bolnav după săvârşirea păcatului. Aceste simptome psihice sunt variate, de la cele mai uşoare până la cele mai grave, inclusiv

---

dicală, Bucureşti, 1987, p. 76;

[94] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 13-12;

suicid din cauza deznădejdii (simptomele sunt descrise mai jos). Cel mai important lucru este însă faptul că femeile care regretau mult acest păcat şi doreau o vindecare o aflau şi o găseau, dar nu la medic, nu la mine, fiindcă eu eram doar un intermediar. Vindecarea o găseau numai la duhovnic. În ce fel? Vindecarea rănilor sufleteşti produse de acest mare păcat necesită pocăință, nerepetarea păcatului, iar apoi iertare prin Sfânta Taină a Spovedaniei şi Împărtăşaniei. *Părintele Prof. Dr. Ilie Modovan*, preşedintele Asociației Provita Ortodoxă din Sibiu, îmi spunea: „pocăința trebuie să fie pe măsura păcatului săvârşit, iar în cazul unui avort, care este un păcat mare, de moarte, pocăința trebuie să fie la fel de mare pentru a putea fi iertat omul de către Dumnezeu". Am constatat că are dreptate şi am văzut din fericire multe femei vindecate.

Ce este sindromul postavort din punct de vedere medical?

Este vorba de acelaşi sindrom şi aceleaşi simptome, dar medicina încearcă întotdeauna să explice afecțiunile, inclusiv pe cele sufleteşti, doar din punct de vedere medical; din nefericire, termenul de sindrom postavort nu este recunoscut ca atare de către Medicină.

Ce este un sindrom? Dicționarul explicativ al limbii române defineşte sindromul ca fiind „totalitatea semnelor şi a simptomelor care apar împreună în cursul unei boli, dându-i nota caracteristică"[95].

În acest context, putem defini sindromul postavort ca fiind totalitatea simptomelor psihice apărute imediat sau la un anumit interval de timp după avort.

Unde putem integra din punct de vedere medical acest sindrom? Medicina modernă a introdus în „Clasificarea Internațională a maladiilor", revizia a 10-a (CIM 10), la capitolul „Tulburări nevrotice legate de factori de stress şi tulburări somatice" un subcapitol inti-

[95]***, *DEX – Dicționarul explicativ al limbii române*, Editura Univers Enciclopedic, 1998, p. 991;

tulat „Stare de stress post-traumatic" (PTSS) definit astfel: „această tulburare constituie un răspuns diferit sau prelungit la o situație sau la un eveniment stresant (de scurtă sau lungă durată), în mod excepțional, amenințător sau catastrofal şi care ar provoca simptome evidente de disperare la cele mai multe persoane"[96].

Stressul posttraumatic era definit înainte ca o „nevroză traumatică". Termenul de traumatism a fost împrumutat din patologia chirurgicală pentru a sublinia prezența unui eveniment brutal şi violent (primele accidente pe calea ferată) ce irupea în viața psihică şi o bulversa. Evenimentul traumatizant poate fi şi o agresiune, o tentativă de omor, un viol (…)[97].

Manualul de diagnostic CIM 10 clasifică aceste tulburări în trei tipuri: reacția acută la un factor de stress; starea de stress posttraumatică şi tulburarea de adaptare[98].

Toți autorii care au scris cărți despre Sindromul postavort l-au introdus în a doua categorie, respectiv Starea de stress posttraumatic (PTSS).

Simptomele tipice din Starea de stress posttraumatic descrise în CIM 10 cuprind: renaşterea repetată a evenimentului traumatic în amintiri invadante („flashbacks"), vise sau coşmaruri; ele survin într-un context durabil de „anestezie psihică" şi de slăbire emoțională, de detaşare în raport cu alții, de insensibilitate la mediu, evitarea activităților sau a situațiilor care ar putea redeştepta amintirea traumatismului. Simptomele se însoțesc şi de insomnie, anxietate, depresie sau ideea sinuciderii. Perioada care separă apariția traumatismului de cel al tulburării poate varia de la câteva săptămâni la câteva luni. Evoluția este fluctuantă şi merge în cele mai multe cazuri spre vindecare. În unele cazuri,

[96] ***, *Ministerul Sănătății. Centrul de calcul şi statistică sanitară. Clasificarea internațională a maladiilor*, Revizia a 10-a a O.M.S., vol. I, Ed. Bucureşti 1992, p. 304;
[97] Mircea Alexandru Birț, *Psihiatrie. Prolegomene clinice*, Editura Dacia, Cluj-Napoca, 2001, p. 290;
[98] Ibidem, p. 291;

tulburarea poate prezenta o evoluție cronică, să dureze numeroşi ani şi să antreneze o modificare durabilă a personalității"[99].

În anii 1971, existau puține voci care să vorbească despre problemele post-avort. Se acorda o atenție mai mare urmărilor negative ale avortului din punct de vedere fizic. În 1985, vătămarea fizică a avortului, deşi reprezenta o problemă majoră, nu se mai bucura de o atenție atât de mare din partea cercetătorilor; aceştia investigau atent consecințele negative psihologice ale avortului[100].

Când apare acest sindrom?

El apare cu întârziere; reacția de la început este un sentiment de uşurare în majoritatea cazurilor; apoi, prin reprimare şi negare, femeia evită problemele, de regulă timp de câțiva ani – de obicei 5 ani – dar e posibil ca această perioadă să dureze 10 sau chiar 20 de ani! Mai apoi, la unele femei, sentimentele negative se acumulează şi ies la suprafață. Adesea, acest eveniment care le precipită este naşterea unui copil (de către ea sau o rudă) cu care intră într-o legătură emoțională strânsă. De asemenea, ea poate descoperi că a rămas sterilă (!) după avort, dar şi alte evenimente şi traume pot precipita aceste sentimente[101].

Care sunt simptomele psihice ale sindromului post-avort?

Am grupat simptomele descrise de mai mulți autori (medici şi membrii ai Asociațiilor Provita):

1. depresii nervoase cu tentative de suicid;
2. tulburări de somn; insomnii şi vise terifiante (căderi în gol, urmăriri, naştere de copii morți, rupți sau înfometați etc.);
3. tulburări în alimentație;

---

[99] ***, *Ministerul Sănătății. Centrul de calcul şi statistică sanitară. Clasificarea internațională a maladiilor*, Revizia a 10-a a O.M.S., vol. I, Ed. Bucureşti 1992, pp. 309-310;
[100] Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *op. cit.*, p. 49;
[101] Ibidem, p. 50;

4. tulburări afective, sentimente de frustrare; atacuri frecvente de plâns şi strigăte disperate;

5. gânduri / tentative de sinucidere izvorâte din tristețe, lipsă de speranță, inutilitate;

6. destrămarea relațiilor interpersonale, cu partenerul, cu copiii, cu prietenii;

7. răceală emoțională, pesimism;

8. atacuri de panică;

9. tulburări de memorie;

10. dificultăți de concentrare; pierderea interesului pentru activitățile desfăşurate;

11. sindromul „aniversării";

12. psihoze acute;

13. reacții schizofrenice;

14. sentimentul de vinovăție;

15. predispoziție pentru boli de dependență; consum de alcool sau / şi droguri;

16. dereglări sexuale,

17. insomnii şi vise terifiante etc.[102].

Din consilierile efectuate timp de 5 ani în Cluj (2 ani la Clinicile de Obstetrică şi Ginecologie şi 5 ani la cabinetul Proiectului „Pentru Viață" din cadrul Policlinicii „Sf. Pantelimon" am constatat următoarele:

– aceste simptome psihice sunt mult mai accentuate la adolescente, care au un psihic mai labil, motiv pentru care sunt mult mai frecvente sinuciderile în rândul elevelor şi studentelor; ele nu găsesc un sprijin, neavând familie, iar teama de părinți, de prieteni, profesori duc în cele din urmă la curmarea vieții;

---

[102] Dr. med. Antun Lisec, *Conferința „Iubeşte copilul şi lasă-l să trăiască*, Sibiu, 2000; / Dr. med. Claudia Kaminski: www.alfa-aktion lebensrecht fuer Alle e.V. – Post – Abortion – Syndrom (PAS) / Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *op. cit.*, p. 50; / Dr. med. Rudolf Ehmann, *Mijloace anticoncepționale, Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog*, Conferință susținută în 22.09.1990 la Dresda, la Congresul internațional „World Federation of Doctors Who Respect Human Life", p.28; / Dr. Todea-Gross Christa; CD nr1 – Curs pentru elevi: Avortul;

– simptome psihice pot apărea la toți cei care contribuie la un avort (!): tată, medic, asistentă medicală etc. Am cunoscut un medic ginecolog care a recunoscut că are atacuri de panică apărute după o traumă psihică în urma efectuării unui avort complicat la o pacientă, fiind dependent de un tratament medicamentos. Alt ginecolog a recunoscut că după ce efectuează un avort simte că preia asupra lui o „greutate” imensă. Unii se plâng de coşmaruri şi, mai ales, de depresii nervoase. Alții nu mai fac avorturi la ora actuală din aceste motive, dar au fost nevoiți să părăsească Clinicile de Ginecologie unde, inevitabil, sunt obligați (cel puțin în gărzi) să le efectueze. Cunosc mulți ginecologi în Occident care nu mai efectuează niciun fel de avort la ora actuală, dar nici nu prescriu contraceptive! Exemplele pot continua şi în rândul asistentelor, soților etc. care suferă de acest sindrom deoarece au luat parte fie la încurajarea femeii de a face avort, fie la efectuarea avortului. Constatăm că frecvent sunt afectați şi copiii născuți din aceste familii, ei fiind afectați mai ales de boli nervoase sau psihice. Unii autori l-au denumit „sindromul supraviețuitorului”. Aceşti copii se simt vinovați că doar ei au supraviețuit şi ceilalți frați ai lor au fost omorâți. Se citează tentative de suicid la aceşti copii. Tratamentul medicamentos simptomatic la care se recurge în sindromul postavort (posttraumatic), respectiv în aceste depresii cronice, psihoze sau chiar reacții schizofrenice (anxiolitice, barbiturice, psihoterapie) sau tratamentele psihiatrice mai traumatizante precum şocuri electrice (care se efectuau într-un număr mare în urmă cu câțiva ani) nu este eficient. Femeile sau tinerele afirmă că şi după ani de zile au coşmaruri cu copii avortați, sânge etc.

– am constatat că, după ce o femeie face mai multe avorturi, ea intră într-o oarecare răcire emoțională, nu mai are putere să se lupte împotriva acestui păcat şi, dacă se rupe de Sfintele Taine ale Bisericii, ea nu mai

ajunge la o căință sinceră, se deprimă mai mult şi, în cele din urmă, ajunge la deznădejde. De aici, mai este doar un pas până la alcoolism, droguri sau sinucidere. Am consiliat femei cu 20 de avorturi şi erau adevărate epave sufleteşti. De aceea, un psiholog nu mai este în măsură să combată un astfel de sindrom, ci doar un preot, fiindcă această boală este una pur sufletească şi nu una trupească, medicamentul vindecător fiind tot unul sufletesc. Niciun şoc electric şi niciun medicament nu va putea vindeca o conştiință încărcată de un păcat de moarte.

2). *Doctorul Antun Lisec* din Croația relatează despre *consecințele avortului asupra mamei, familiei, societății şi a personalului medical*. Aici sunt incluse atât cele fizice, cât şi cele psihice şi mai ales moral-spirituale:

a). *Pierderea copilului*. Fiecare copil este mai prețios decât orice bogăție materială din lumea aceasta.

b). *Urmările fizice asupra mamei* (din care unele pot provoca moartea):

– leziunea colului uterin, perforația uterului, hemoragii, lezarea intestinelor sau a altor organe abdominale ale mamei, inflamația uterului, a trompelor, a pelvisului şi a întregii cavități abdominale, starea septică („otrăvirea sângelui”), tromboembolie (cheaguri de sânge care blochează vasele sanguine);

– obturarea trompelor uterine, sterilitate, hemoragii uterine neregulate, endometrioză, creşterea frecvenței sarcinilor extrauterine, cicatrici şi îngustarea colului uterin, creşterea frecvenței avorturilor „spontane”, predispoziție la naşteri premature, prelungirea naşterii, dereglări în perioada a treia a naşterii, atonia uterului, izoimunizare, insuficiența placentei.

c). *Urmările psihice*. Depresii, sentiment de vinovăție, tristețe, insomnii şi vise grele, atacuri de anxietate, frustrare, pierderea respectului față de sine, distrugerea psihicului propriu, apariția răcelii emoționale şi a pesimismului, pierderea motivației, dereglări sexuale.

Pot apărea şi dereglări comunicaţionale cu alţi oameni, precum şi cu partenerul de căsătorie şi cu copiii deja născuţi. Câteodată apar şi reacţii psihotice acute, reacţii schizofrenice, psihoză afectivă, depresie, pierderea memoriei, dificultăţi de concentrare, pierderea interesului pentru activităţile desfăşurate, predispoziţie pentru bolile de dependenţă, schimbări dramatice ale persoanei, predispoziţie pentru plâns. Dacă şi tatăl a participat la omorârea copilului, aceste urmări apar şi la el.

d). *Urmări asupra familiei*. Datorită urmărilor fizice sau psihice care apar la părinţi, apar, evident, şi dereglări ale relaţiilor dintre membrii familiei. Pierderea motivaţiei, „răceala” emoţională, dezamăgirile şi alte stări nevrotice sau psihotice cauzate de omor sunt simţite şi copiii născuţi.

e). *Urmări asupra societăţii*. Societatea ar fi mult mai fericită dacă membrii ei nu ar fi răniţi de traumatismul uciderii copiilor nenăscuţi. Orice boală fizică sau psihică a indivizilor se reflectă asupra întregii societăţi. În afară de aceasta, uciderea copiilor nenăscuţi a dus la o scădere dramatică a natalităţii. Care poate fi viitorul pentru cei ce renunţă la copii?

f). Urmările întreruperii vieţii copilului nenăscut *asupra celor care au participat la îndeplinirea acestui act*. Persoanele care au făcut această crimă, cum ar fi unii doctori, surori medicale sau farmacişti sunt afectaţi de tulburările psihice deja enumerate. Toate acestea se răsfrâng negativ şi asupra familiilor lor, după cum recunosc ei înşişi.

g). Întreruperea vieţii unui copil nenăscut vine *în contradicţie cu normele etice*. Porunca lui Dumnezeu este: „Să nu ucizi!”. Această poruncă este întipărită în însăşi conştiinţa omului. Fiecare medic, înainte de a primi în mână diploma, a depus un jurământ public. Formularea de la Geneva a jurământului lui Hipocrate conţine următoarea expresie: „Voi respecta în mod absolut via-

ța umană încă din momentul concepției sale… declar aceasta liber şi în deplină cunoştință de cauză, făcând apel la onoarea mea!"[103].

3). *Preot Nicolae Tănase*: „la ora actuală neamul românesc nu se mai înmulțeşte sau se înmulțeşte într-un ritm îngrijorător"[104].

Este recunoscut sindromul post-avort în România?

Nu am găsit în literatura de specialitate decât o superficialitate în tratarea problemelor emoționale de după avort; sunt descrise în special sentimentele de eliberare, mai puțin cele psihice negative; efectele psihice sunt caracterizate ca fiind complicații tardive care se manifestă prin„remuşcări obsesive sau sentimentul de vinovăție, care sunt puțin frecvente. Apariția lor poate fi legată de anumite sentimente moral-religioase. Inducerea avortului în sine nu traumatizează sănătatea psihologică a femeii. Reacțiile după avort pot varia, depinzând de vârsta pacientei, trecutul ei religios, vârsta sarcinii, gradul de suport social şi alți factori […]"[105].

Este sindromul post-avort recunoscut de către Asociația Psihologică Americană?

Asociația Psihologică Americană a avut mereu o poziție fermă în favoarea avortului şi asta spune totul despre modul în care gândesc membrii ei. În ultimele două decenii, însă, au existat zeci de conferințe naționale despre sindromul post-avort. Există foarte multe articole profesioniste şi peste 20 de cărți scrise pe această temă, ce aduc tot mai multe dovezi şi cunoştințe despre existența acestui sindrom[106].

Există studii valabile despre acest sindrom?

Există mai multe studii din care redau două, grăitoare în acest sens.

---

[103] Dr. med. Antun Lisec, *Conferința „Iubeşte copilul şi lasă-l să trăiască"*, Sibiu, 2000;

[104] Pr. Nicolae Tănase, *op. cit.*, p. 130;

[105] Mihai Horga, Frank Lüdicke, Aldo Campana (Editori), *op. cit.*, p. 13-11;

[106] Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *op. cit.*, p. 51;

> James Rogers, după ce a examinat cu atenție peste 400 de studii publicate, a evidențiat utilizarea aproape universală a unei „metodologii şi a unor proiecte de cercetare slabe” şi a „caracteristicilor ce nu corespundeau deloc standardelor de competență”. El a ajuns la concluzia că „întrebarea privind sechelele psihologice lăsate de avort rămâne deschisă”[107].
>
> Rezultatele altor cercetări arată că studiile existente au grave deficiențe de metodologie, iar femeile care avortează au rezultate mai proaste decât cele care nasc copii.

VI). *Beneficiile naşterii*

Numeroase afecțiuni sau tulburări sunt vindecate sau preîntâmpinate de existența sarcinii duse la termen.

Se cunoaşte faptul că femeile cu mai mulți copii alăptați la sân, cu prima naştere sub 25 de ani, sunt mai protejate de cancerul de sân, care se dezvoltă în special la femei care nu au născut, la celibatare sau la femei cu puțini copii[108].

Cancerul de corp uterin este, de asemenea, mult mai frecvent la femeile care nu au avut copii, după cum sterilitatea sau absența naşterilor se găsesc *î*n antecedentele celor mai multe femei cu fibroame uterine[109];

Sunt numeroase afecțiuni genitale care se vindecă sau se ameliorează după naştere: fibromul uterin, dismenoreea (menstruația dureroasă), tulburările premenstruale, hemoragiile disfuncționale, frigiditatea, unele tulburări de poziție uterină, ovarita sclerochistică, durerile pelviene etc.[110]

---

[107] Ibidem, p. 52; Dr. J. Wilke a extras acest studiu din J.Rogers at al., „*Validity of Existing Controlled Studies Examining the Psyhological Sequelae of Abortion. Perspectives on Science and Christian Faith*”, vol.39 , no.1, martie 1987, p. 20-29;

[108] Dr. V. Luca, *Avortul provocat,* „Medicina pentru toți”, nr. 69, Editura Medicală, Bucureşti, 1987, p. 14;

[109] Ibidem;

[110] Ibidem, p. 15.

Comentariu

Astăzi auzim tot mai puțin astfel de voci care să scoată în evidență beneficiile naşterii, nu doar pe cele fizice, ci şi pe cele psihice, iar despre drepturile copilului nenăscut nu auzim nimic; în schimb, auzim tot mai frecvent despre drepturile femeii, inclusiv cel de a avorta, de planificare a naşterilor etc., dar ne plângem în acelaşi timp de scăderea numărului de copii şi de îmbătrânirea societății. Cu durere în suflet îmi pun întrebarea: „Încotro te îndrepți, române?

CAPITOLUL VII

SARCINA CU RISC CRESCUT. SCREENING-UL ŞI DIAGNOSTICUL PRENATAL. AVORTUL TERAPEUTIC

COMENTARII

Constatând o creştere impresionantă a numărului de avorturi terapeutice efectuate în ultimii ani din *cauze fetale* (procentajul fiind în continuă creştere), am considerat necesar să aloc un capitol aparte acestei probleme majore, strâns legate de existența metodelor moderne menite să descopere îmbolnăvirile copilului din viața intrauterină şi să „elimine” copii cu handicapuri grave.

Nu mă voi referi aici la avortul terapeutic din *cauze materne* (majoritatea lor fiind *boli cronice ale mamei* precum: hipertensiunea arterială, diabetul zaharat, boli cardiovasculare etc.)

Ce este avortul terapeutic?

– este întreruperea sarcinii din motive medicale – materne sau fetale – indiferent de vârsta gestațională (vezi cap. VI. Avortul).

– el se aplică în cazul *sarcinilor cu risc major, din cauze materne sau fetale: genetic, imunologic* etc.

Comentariu

Am denumit avortul terapeutic ca fiind un *„avort provocat”* (deoarece *nu este spontan*, şi dacă nu l-am provoca, el, poate, nu ar avea loc) prin mijloace chirurgicale (avort chirurgical) sau cu „regimuri medicamentoase” (avort medical) (vezi cap. VI. Avortul).

Ce este sarcina cu risc crescut?

Riscul crescut în sarcină (sarcina cu risc crescut) reprezintă un concept sintetic de mare utilitate practică, ce se referă la un *substrat patologic heterogen*.

Dintre numeroasele condiții care pot interfera cu evoluția normală a sarcinii, *cele mai importante statistic sunt:*

1. *sarcina cu factori de risc psiho-sociali;*
2. *sarcina cu risc genetic;*
3. *sarcina cu risc determinat de disfuncții imunologice;*
4. *sarcina şi bolile cu transmitere sexuală (BTS).*

Denumirea de sarcină cu risc crescut acoperă situațiile determinate de factori care induc un *risc obstetrical direct*, precum şi o vastă *patologie maternă preexistentă sarcinii* şi care influențează evoluția acesteia (...)[1].

Comentarii

– riscul unei sarcini în acest context (cele 4 situații amintite) este considerat a fi crescut *doar pentru făt;*

– mama nu este expusă unor riscuri, ea fiind sănătoasă;

– în cazul unui avort terapeutic nu eliminăm boala (fiind imposibil), ci eliminăm purtătorul (fătul);

– consecința este *un avort, o pruncucidere, din imposibilitate de vindecare, şi nu din imposibilitatea supraviețuirii.*

[1] R. Vlădăreanu, Alina Veduta, A. Filipescu, *Sarcina cu risc crescut. Concept cu utilitate practică în reducerea mortalității şi morbidității materne şi perinatale*, Spitalul Universitar de Urgență “Elias”, Bucureşti, PulsMedia.ro / Gineco.ro / Vol 2, Nr. 6, 2006 / Obstetrică, http://gineco.pulsmedia.ro/article--Obstetrica ;

Dintre cele *4 categorii de sarcini cu risc crescut,* mă voi opri la descrierea a 2 categorii în care se indică frecvent avortul terapeutic:

1). sarcina cu risc determinat de *disfuncții imunologice: incompatibilitate Rh;*

2). *Sarcina cu risc genetic.*

Sarcina din cadrul *bolilor cu transmitere sexuală (BTS)* este *descrisă la cap. X.: BTS.*

Sarcina cu risc psiho-social constituie o situație aparte, în majoritatea cazurilor fiind considerată o *sarcină nedorită.* Din acest motiv, deşi par a fi riscuri „minore", totuşi se constată frecvent „accidente" care duc la avort. Medicii specialişti consideră că *„aceste cazuri ar trebui prevenite prin scăderea numărului de sarcini folosind metodele contraceptive".* Ei spun că, odată apărută, sarcina cu risc este o situație dificil de manageriat: la nivel personal, este riscant ca o pacientă să continue o sarcină pe care nu o doreşte, iar la nivel social, este relevantă din acest punct de vedere experiența din țara noastră, din perioada când au fost interzise întreruperile de sarcină"[2].

Comentarii

– sarcina cu risc psiho-social crescut apare nu doar la *femeile sărace*, ci mai ales la *elevele şi studentele* care rămân însărcinate şi recurg, disperate, la avort sau îşi nasc copilul, după care îi iau viața, aruncându-l. Asistăm tot mai frecvent la astfel de cazuri, când aceste tinere ajung la închisoare pentru mulți ani. În aceste cazuri, este nevoie într-adevăr de o *prevenție primară* (după cum menționează şi specialiştii în domeniu), dar nu prin metode contraceptive sau avort „la cerere", ci printr-o educație premaritală pe măsură, bazată pe principiile moral-creştine. *Este o orientare total greşită educația sexuală practicată în şcoli* care încurajează adolescenții spre o viață sexuală timpurie

[2]R. Vlădăreanu, Alina Veduta, A. Filipescu, *op. cit.*, http://gineco.pulsmedia.ro/article--Obstetrica;

folosind prezervativul sau contracepţia hormonală. Dacă, totuşi, tinerele rămân însărcinate, este nevoie de o consiliere psihologică şi spirituală, pentru a se lua o decizie corectă. După naştere, există alternativa adopţiei, existând numeroase familii fără copii dispuse să-i adopte;

– se pleacă de la *premise greşite*, căutând o rezolvare a cazurilor de sarcini cu risc *psiho-social* într-un mod foarte comod pentru societate, dar nu şi pentru familie, cu atât mai puţin pentru copilul care are dreptul de a trăi, sănătos sau bolnav; soluţia *nu* o reprezintă metodele contraceptive, nici avortul, ci *sprijinul familiei*: financiar, medical şi moral-spiritual;

– din nefericire, sprijinul familiei de către stat, în cadrul unei asistenţe sociale bine organizate, este încă un obiectiv foarte îndepărtat, probabil nerealizabil în ţara noastră la ora actuală.

1). Sarcina cu incompatibilitate de Rh

Unul dintre primele teste care se efectuează încă de la începutul sarcinii este *determinarea grupei şi a Rh-ului sanguin*.

Ce este factorul (antigenul) Rh?

– Acest antigen este *o proteină care se află la suprafaţa hematiei (globulele roşii din sânge)*;

– A fost descoperit în 1940 de Landsteiner şi Wiener la maimuţele *Macacus Rhesus* (de unde şi denumirea de factor Rhesus sau, prescurtat, Rh) şi, apoi, *la om;*

– Antigenul Rh se găseşte în rândul populaţiei ţării noastre şi, în general, la populaţiile caucaziene la *85% din indivizi, conferindu-le caracterul Rh pozitivi;* acest procentaj creşte la 95% în rândurile populaţiei de culoare de origine africană şi la 100% la asiatici (China, Japonia);

– *persoanele care nu au acest factor Rh (antigen Rh)* la nivelul globulelor roşii, sunt *Rh negativi (aproximativ 15% din populaţia ţării noastre);*

– În constituirea sistemului Rh, intervin cel puțin 3 grupe de gene, dintre care *gena D* (*numit şi factorul Rh 0 sau factor D) este dominantă*, cea mai frecventă şi determină o mare putere antigenică (adică o puternică *reacție alergică*), motiv pentru care deseori vom întâlni termenul „factor D" în loc de „factor Rh", semnificând acelaşi lucru[3].

Comentarii

– Izoimunizarea Rh la făt este destul de rară în prezent, deoarece *screeningul prenatal al grupei şi a Rh-ului sanguin* sunt obligatorii în cazul tuturor gravidelor, astfel că se poate realiza profilaxia acestei afecțiuni;

– profilaxia se realizează prin *administrarea de imunoglobuline* specifice „anti D" (anticorpi care anulează efectul factorului Rh, deci previn distrugerea hematiilor fetale) *femeilor cu Rh-negativ*, administrarea acestora trebuie să se facă întotdeauna *în primele 72 de ore* de la o posibilă imunizare (cu sânge Rh pozitiv) de la o transfuzie, avort, sarcină extrauterină etc.;

– aceste imunizări *nu se fac la ora actuală în caz de avort*; numărul avorturilor fiind tot mai mare la adolescente, ne vom confrunta într-un viitor apropiat cu multe femei imunizate anterior prin avort, prezentând sarcini cu acest risc imunologic.

Ce se întâmplă în incompatibilitatea feto-maternă Rh?

– *persoanele care nu au factorul Rh (proteina alergică de pe suprafața hematiilor) sunt Rh-negative*; aşa cum am specificat anterior, un procent de *15%* din populația României este Rh negativă; proporția cuplurilor soț-soție incompatibile Rh este, de asemenea, în jur de 15% din totalul cuplurilor;

– acest lucru poate deveni o problemă în cazul în care este necesară o *transfuzie de sânge* (pot primi sânge doar de la donatori Rh-negativi) şi *în cazul naşterii*;

[3] Ştefan Chiovschi, *Incompatibilitățile sanguine feto-materne*, Litera, 1980, pp. 11-12;

– *dacă mama are Rh negativ, iar copilul are Rh pozitiv* vorbim de incompatibilitate de Rh între mamă şi copil; *factorul Rh apare la copil deja de la vârsta embrionară, el fiind detectat la 38 de zile de viaţă*[4];

– *conflictul imunologic* va apărea doar în momentul în care mama va produce anticorpi (substanţe menite să ne apere de altele străine, distrugându-le) îndreptate împotriva antigenului Rh fetal (de pe hematiile copilului), pe care nu îl recunoaşte şi îl consideră ca parte străină a corpului. Consecinţa acestui fenomen imunologic este *distrugerea hematiilor copilului* şi apariţia *anemiei hemolitice* la făt, care poate dezvolta complicaţii grave dacă nu este diagnosticată şi tratată la timp.

– *Rh-ul copilului nu poate fi efectuat până la naştere* decât prin amniocenteză care, însă, este o metodă ce comportă un risc mare.

Cum se produce conflictul imunologic?

– după introducerea de sânge Rh pozitiv de la copil la mamă, *iniţierea conflictului imunologic nu este o regulă*[5]. Probabilitatea iniţierii imunităţii după expunere este *subunitară* şi creşte proporţional cu doza de antigen (factor Rh). Din 100 de femei Rh negative purtătoare a unei sarcini Rh pozitive, doar *17% se imunizează anti-Rh* în cazul în care fătul este *compatibil în sistemul de grup sanguin (ABO)* cu mama (ambii au aceeaşi grupă sanguină) şi *numai 2%* când există şi o *incompatibilitate feto-maternă în sistemul de grup sanguin ABO (mama şi copilul având grup sanguin diferit)*[6]. Alţi autori prezintă procente asemănătoare: din 100 de cupluri incompatibile, *izoimunizarea apare numai la 5%;* incidenţa izoimunizării Rh este redusă de incompatibilitatea de grup ABO între mamă şi făt, când hematiile fetale trecute în circulaţia maternă sunt distruse de alţi anticorpi, naturali, ai mamei (aglutinine naturale)[7].

---

[4] Ibidem, p. 17;

[5] Ibidem;

[6] Ibidem, p. 21;

[7] I.Negruţ, O. Rusu, *Ginecologie şi Obstetrică vol. II,* Editura Didactică si Pedagogică, Bucureşti, 1981, p. 372;

– *răspunsul imunologic complet* (care duce la formarea de anticorpi), constând într-un răspuns primar la o *expunere inițială la antigenul Rh* (*perfuzie* cu sânge Rh pozitiv sau *sarcina* cu un copil cu Rh pozitiv) şi un al *doilea răspuns tardiv*, la o a doua stimulare antigenică (sarcină), necesită cel puțin *câteva luni* pentru dezvoltarea sa completă. Astfel, la o mamă Rh negativă care *după prima sarcină* naşte un copil Rh pozitiv şi a fost imunizată, anticorpii apar numai la câteva luni după naştere (până la 6 luni). *Expunerea la transfuzii* este rară în ziua de azi, fiindcă este obligatorie efectuarea grupei sanguine şi a Rh-ului în cazul unei transfuzii de sânge; o transfuzie de 500 ml sânge Rh pozitiv imunizează aproximativ 90% din receptorii Rh negativi ai mamei. Sarcina cu un copil Rh pozitiv este cea mai frecventă cale de imunizare a mamei prin microtransfuziile de sânge de la copil la mamă în timpul sarcinii

– a doua sarcină va putea fi afectată în cazurile în care a fost imunizată mama în prealabil prin: *transfuzie, hemoterapie sau avort* (subiectiv sau obiectiv nerecunoscut, sarcină ectopică sau molară)[8].

– când *doza de antigen (factor) Rh a ajuns suficient de mare, hematiile copilului vor fi distruse, rezultând anemia hemolitică.*

– Anticorpii mamei (Ig G), numiți „imunglobuline anti-Rh" traversează rapid placenta provocând distrugerea hematiilor fetale[9].

Comentariu

În mod normal, în timpul sarcinii, sângele matern nu intră în contact cu sângele fetal, doar un număr mic de hematii traversează placenta. Fătul intră în contact cu sângele matern *doar in timpul naşterii. Din aceasta cauză, incompatibilitatea de Rh nu apare în mod normal la prima sarcină, ci doar la următoarele.* După cum am menționat

[8] Ibidem, p. 43;
[9] Ibidem, p. 18;

anterior, este nevoie, chiar şi după imunizare, de câteva luni pentru formarea de anticorpi. Excepție fac cazurile în care gravida a fost expusă anterior unei surse de sânge Rh pozitiv: *manevre ginecologice, chiuretaje, avort spontan sau indus*. Acest lucru se întâmplă frecvent la ora actuală, deoarece a crescut numărul avorturilor în rândul adolescentelor. Acestea, nefiind căsătorite, deci necunoscând dacă sunt sau nu Rh negative, vor afla acest lucru ulterior când doresc să nască un copil şi au pierdut şansa de a face o profilaxie cu imunglobuline. Această *imunizare care trebuie făcută în primele 72 de ore de la avort* nici nu se poate efectua dacă nu se cunoaşte Rh-ul tinerei, dacă nu se cunoaşte numărul avorturilor din antecedente. În felul acesta, tinerele noastre riscă să nu mai poată deveni mame, deoarece cu fiecare avort creşte şansa de a fi imunizate mai mult, ceea ce duce la consecințe foarte grave asupra sarcinii ulterioare.

Bolile pe care le poate produce la făt acest conflict imunologic:

Este vorba de *boala hemolitică a fătului* sau a noului-născut, care se poate manifesta sub diferite forme (sindroame) care se întrepătrund şi se completează:

– *sindromul anemic:* o anemie hemolitică rezultată din dis trugerea hematiilor copilului, de la forme uşoare până la forme foarte grave;

– *sindromul icteric* (colorația în galben a pielii): rezultat în urma distrugerii hematiilor,

– de la forme uşoare la forme foarte grave;

– *sindrom edematos:* cu edeme uşoare până la forme foarte grave, care pot duce la anasarcă feto-placentară (cu insuficiență cardiacă, stare gravă şi deces);

– *sindromul insuficienței cardio-circulatorii;*

– *sindromul hemoragic;*

– *sindromul neurologic:* icter nuclear cu leziuni ale creierului[10].

[10] Ştefan Chiovschi, *op. cit.*, p. 44;

– *Consecința formelor grave: moartea intrauterină*

Cum şi când se manifestă boala la făt?

– afectarea hemolitică a fătului *în timpul sarcinii se manifestă rareori în primele luni* de evoluție a acesteia – cu excepția imunizărilor foarte severe – determinând ***moartea intrauterină şi avort;*** afectarea se produce de obicei în *ultimele 3 luni de sarcină*; în formele grave, se produce anasarca feto-placentară (edeme grave cu insuficiență cardiacă) şi moarte intrauterină sau naşterea unui făt grav afectat[11];

– *la gravidele imunizate prin sarcini anterioare,* dinamica titrului de anticorpi (variațiile lor în timp) ne dă relații cu valoare diagnostică şi prognostică:

● dacă anticorpii *lipsesc la începutul sarcinii*, dar apar în următoarele luni de sarcină, fătul poate fi afectat;

● dacă anticorpii *prezenți în primele 12 săptămâni* de sarcină cresc semnificativ ca titru, afectarea va fi, în general, severă;

● *scăderea titrului de anticorpi* în timpul evoluției unei sarcini *este mai puțin semnificativă*, ea putând fi dată de fixarea anticorpilor pe hematiile fetale sau poate fi vorba de o *sarcină cu Rh negativ, deci un făt neafectat* (!) şi o prezență anamnestică a anticorpilor[12].

Th. Boreau arată că, deşi nu se poate afirma un paralelism între titrul de anticorpi şi gradul afectării produsului de concepție, *se poate totuşi considera că:*

– există rareori titru crescut de anticorpi în categoria cu feți uşor afectați;

– maximum de titruri ridicate (64%) apare la categoria cu feți foarte gravi afectați;

– niciodată nu se constată un titru scăzut la categoria cu feți foarte gravi afectați;

[11] Ibidem, pp. 46-47;
[12] Ibidem, pp. 54-55;

- titru scăzut: urme până la 1:4;
- titru mijlociu: 1:8 – 1:32;
- titru ridicat: 1:64 şi mai mare[13].

Cum apreciem riscul afectării fătului?

Aprecierea se face în 2 etape:

1). aprecierea ***riscului*** unei afectări fetale;

2). aprecierea ***gravității*** afectării fetale;

1). Dacă principalul indiciu al riscului unei afectări fetale este *titrul anticorpilor materni şi dinamica acestora* (în practică, limita critică este de *1:64* pentru prima sarcină afectată şi *1:32* pentru cazurile cu antecedente încărcate privind boala hemolitică a feților precedenți), o serie de date clinice pot contribui la precizarea acestui aspect: sensibilizarea prin hemoterapie, *adică perfuzia cu sânge Rh pozitiv, este considerată mai severă şi, deci, cu risc crescut pentru copil de la prima sarcină*; caracterul familial; severitatea afectării la primul nou-născut afectat);

2). Aprecierea severității afectării intrauterine a fătului se realizează, pe de o parte, prin metode care evidențiază hemoliza fetală – *amnioscopia şi amniocenteza* –, pe de altă parte, prin diferite investigații: *amniografie, cistografie şi arteriografie* pentru localizarea placentei, precum şi *termografia, ecografia şi metode radioizotopice.*

Amnoscopia permite observarea unei colorații galbene a lichidului amniotic bogat în bilirubină.

Amniocenteza (puncția cavității amniotice) cu extragere de lichid amniotic permite dozarea exactă a bilirubinei[14].

Comentariu

În ultimii ani, au apărut metode noi, neinvazive, de monitorizare a fetuşilor cu risc crescut de a dezvolta anemie hemolitică. Astfel, *ecografia Doppler*, prin măsurarea pulsațiilor arterei cerebrale mijlocii, ne oferă indicații

[13] Ibidem, p. 55;
[14] Ibidem, pp. 57-59;

importante *despre afectarea copilului*. Această metodă este accesibilă şi la noi în țară în majoritatea spitalelor.

Conduita terapeutică în boala hemolitică a fătului şi noului născut prin imunizare maternă anti Rh

1). În primele 12 săptămâni de sarcină:

a). dacă gravida Rh negativă nu este imunizată, metodele de titrare a anticorpilor fiind negative, se ține sarcina sub observație; se repetă determinarea anticorpilor în săptămânile 28 de sarcină, apoi la naştere şi, în caz de absență a acestora, se va aplica *imunoprofilaxia anti-Rh (în primele 72 de ore de la naştere);*

b). dacă gravida Rh negativă este imunizată, titrul anticorpilor fiind *sub 1:64*, iar în antecedente nu au fost afectări grave, hemolitice ale născuților, se va ține sub observație gravida prin dispensarizare, se repetă determinarea anticorpilor în săptămâna 20 de sarcină;

c). dacă gravida Rh negativă este sever imunizată, cu titrul anticorpilor *peste 1:64,* şi / sau are în antecedente naşteri cu feți sever afectați hemolitic, *se recomandă întreruperea sarcinii.* Excepția o fac cazurile în care şi tatăl este Rh negativ, deci copilul poate avea un Rh negativ şi să fie neafectat, motiv pentru care se aşteaptă până în săptămâna 20-22 de sarcină pentru a putea evidenția o eventuală afectare a fătului[15].

Comentariu

Din nefericire, *avortul terapeutic* este calea de rezolvare a acestor cazuri grave *în primele 3 luni de sarcină*. Ne întrebăm de ce? Fiindcă mama are posibilitatea de a duce sarcina până la sfârşit, indiferent de finalitatea ei. Dacă copilul este foarte grav bolnav şi va muri, fie în timpul sarcinii, fie după naştere, *mama va fi nevinovată de această moarte pe care nu a provocat-o*. Dacă, însă,

[15] Ibidem; pp. 85-87;

va decide să avorteze, copilul fiind încă viu, ea se va face vinovată de pruncucidere, avortând-ul. Va trăi în continuare cu acest păcat şi cu această traumă psihică (sindromul postavort) (vezi cap. VI. Avortul. Sindromul postavort).

2). *În săptămânile 13-20 de sarcină*

– posibilitățile terapeutice sunt puține; doar *„plasmafareza intensivă"* este o posibilitate de tratament prin înlocuirea unei cantități de plasmă bolnavă (până la 2000 ml) cu plasmă sănătoasă; autorii metodei afirmă o scădere marcată a anticorpilor şi naşterea de feți vii care au supraviețuit în bune condiții[16].

– În mod obişnuit, se recomandă în această perioadă urmărirea gravidei, a dezvoltării sarcinii[17];

Comentariu

Din proprie experiență, am observat că deseori medicul ginecolog nu pune problema în felul următor, ci o sfătuieşte pe mamă să avorteze, mai ales dacă a avut antecedente de feți afectați sau morți prin boala hemolitică. Cred că de fiecare dată există o şansă pentru acest copil, iar pentru mamă trauma psihică este mai mică dacă duce sarcina la sfârşit (copilul murind la naştere) decât dacă avortează. Părinții suportă foarte greu emoțional avortarea unui copil cu handicap; un studiu raporta *depresia maternă la 92%* şi cea *paternă la 82%*, (sindromul postavort) plus o incidență de 30% de separare a părinților după avort[18]. Trauma este mult mai uşor suportată dacă copilul este lăsat să se nască, iar apoi, deşi moare, părinții au posibilitatea să boteze copilul la naştere (să-l încreştineze) şi să-şi ia, împăcați cu el şi cu ei înşişi, rămas bun şi să-l înmormânteze creştineşte.

[16] Ibidem, pp. 87-88;
[17] Ibidem, p. 88;
[18] Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *Avortul. Întrebări şi răspunsuri. Să-i iubim pe amândoi*, Editura Provita Media, Bucureşti, 2007, p. 218;

Alături de consilierea medicală (genetică), consilierea spirituală are un rol important în aceste cazuri.

3). *Între săptămânile 21- 35 de viață intrauterină*
Metodele terapeutice posibile
a). transfuzia intrauterină cu *sânge Rh negativ* a fătului între săptămânile *21-34 de sarcină*[19]; transfuzia se poate repeta la un interval de 14-18 zile, până fătul ajunge la 35 de săptămâni, când poate fi declanşată naşterea[20];
b). declanşarea naşterii după 34 săptămâni de sarcină sau prin *operație cezariană*[21].

Comentariu

Aceste metode terapeutice, respectiv transfuzii, pot salva copilul, *dându-i posibilitatea să se nască viu şi sănătos*. Orice mamă ar trebui informată asupra acestor posibilități, existând la ora actuală o lipsă de informare în acest sens, majoritatea mamelor folosind diferite metode contraceptive după prima naştere (inclusiv avortul) de teamă că al doilea copil va fi grav afectat.

Tratamentul la naştere

- *formele uşoare:* nu necesită exsanguinotransfuzie,
- *forme grave: necesită exsanguinotransfuzie,*
- *forme deosebit de grave (anasarca feto-placentară): necesită exsanguinotransfuzie, dar nu întotdeauna este eficientă*[22].

Comentarii

Prin *exsanguinotransfuzie* se înlocuieşte o parte a sângelui copilului (care este Rh pozitiv) cu un sânge Rh negativ. Această terapie reuşeşte *să stopeze hemoliza autoimună care continuă şi după naştere* (datorită prezenței an-

[19] Ibidem, p. 88;
[20] Ibidem, p. 94;
[21] Ibidem.
[22] Ştefan Chiovschi, *op. cit.*, p. 103;

ticorpilor) şi previne complicațiile grave ale bolii (depunerea bilirubinei rezultate din hemoliza hematiilor la nivelul centrilor nervoşi, cu apariția unor simptome neurologice grave). În timp, hematiile Rh-negative transfuzate vor muri, lăsând Rh-ul copilului pozitiv, însă, până în momentul respectiv, vor dispărea şi anticorpii anti Rh (anti D) care pot declanşa hemoliza autoimună;

- *Rh-ul copilului nu se poate determina decât la naştere* sau după amniocenteză. Aceasta din urmă, însă, este o examinare ce comportă un risc;

- *Profilaxia imunizării* este foarte importantă! Administrarea imunoglobulinelor specifice „anti D" (anticorpi antifactor D) femeilor cu Rh-negativ este necesar să se facă întotdeauna *în primele 72 de ore în următoarele cazuri:*

- *avort spontan;*
- *sarcina ectopică;*
- *efectuarea unor manevre invazive precum amniocenteza sau biopsia de vilozități coriale;*
- *sarcina prelungită (gestație care depăşeşte 40 de săptămâni);*
- *prezentația pelviană a fătului;*
- *traumatism abdominal pe parcursul sarcinii.*

– cazurile de avort terapeutic în sarcinile cu risc imunologic sunt destul de rare în comparație cu cele din sarcinile cu risc genetic, care au luat amploare în ultimii ani.

2). Sarcina cu risc genetic

Ce este screeningul şi diagnosticul prenatal? Care sunt capcanele testărilor genetice?

– „recentele descoperiri din cercetarea genetică au făcut posibilă identificarea bazelor genetice ce determină unele boli umane, deschizând calea pentru individualizarea unor strategii de prevenire, detectare precoce şi tratament; dar în acelaşi

timp informația genetică poate fi folosită incorect pentru *discriminarea sau stigmatizarea individului"* (de exemplu, unor oameni li se pot refuza locuri de muncă sau beneficii din cauza posesiei unor caractere genetice etc.). *Testarea genetică* reprezintă analiza AND-ului şi ARN-ului, cromozomilor, proteinelor şi a unor metaboliți umani *pentru detectarea bolilor transmise ereditar, mutațiilor, identificarea purtătorilor, stabilirea diagnosticului sau prognosticului prenatal şi clinic, monitorizarea şi screeningul prenatal şi al noilor născuți"*[23].

– *Screeningul prenatal (SPN)* permite identificarea prezumtivă a unei afecțiuni fetale grave prin aplicarea la femeile gravide a unor proceduri simple şi fără risc (triplul test şi ecografie); *el nu asigură un diagnostic definitiv*, ci permite numai aprecierea riscului şi selectarea unui grup de gravide cu risc suficient de mare pentru aplicarea unor proceduri de diagnostic prenatal[24];

– *Diagnosticul prenatal (DPN)* este un act medical complex, înalt informativ, al cărui obiectiv este diagnosticarea unui fetus cu o afecțiune genetică; el furnizează părinților şi medicilor informații privind sănătatea fătului (în scopuri medicale) şi oferă o valoroasă opțiune reproductivă cuplurilor cu risc crescut *ce pot evita naşterea unui copil cu afecțiune genetică sau malformativă serioasă*[25].

– Decizia *introducerii unor programe de SPN şi DPN* se bazează pe factori medicali, etici, financiari şi politici evaluați de comitetele de bioetică şi recomandările altor experți. De obicei, programele de screening *sunt inițiate de furnizorii serviciilor de sănătate* pentru a justifica testele de diagnostic şi tratamentul ulterior[26].

[23] Revista Română de Bioetică, vol.2, nr.2 aprilie-iunie 2004, Editura Colegiul Medicilor din Iaşi, p. 3;
[24] Ibidem, p. 44;
[25] Ibidem, p. 45;
[26] Ibidem;

Consimțământul informat

Principiul autonomiei implică pentru *pacient* dreptul de a decide singur, fără nicio constrângere, participarea la SPN şi DPN, iar pentru *medic* responsabilitatea de a asigura înainte de testare (oral sau scris) toate informațiile necesare asupra procedurii, pentru ca pacientul să poată face o opțiune informată şi să poată lua o decizie informată privind participarea la test, fie dându-şi consimțământul, fie refuzând[27].

1). *Screeningul matern prenatal* presupune informarea completă şi corectă înaintea aplicării testului cu privire la scopul, beneficiile testării, la şansele unei predicții complete (posibilitatea unor rezultate ambigue, fals pozitive sau fals negative). *Orice test pozitiv va fi confirmat prin DPN* (dar numai cu consimțământul părinților).

2). *Diagnosticul prenatal.* Cuplul va fi informat complet asupra procedurilor, inclusiv asupra unor riscuri:

– riscul ca *fătul să fie afectat*, precum şi *şansele unui făt normal;*

– informare despre bolile ce pot fi diagnosticate, severitatea lor, posibilități reduse de tratament postnatal, surse de sprijin în îngrijirea copilului;

– toate alternativele (ecografie, amniocenteză, biopsie de corion), inclusiv dreptul de a nu face testele şi consecințele lor;

– calitățile, riscurile (pentru făt şi mamă), eficacitatea şi limitele testului acceptat; şansa unui diagnostic cert, posibilitatea unor rezultate ambigue, soluții;

– *alternative* după diagnosticarea unui făt afectat;

– confidențialitate;

– costuri, rambusuri[28].

Câteva concluzii

---

[27] Ibidem, p. 47;

[28] Ibidem, p. 48;

– capacitatea de a detecta prezența unui număr din ce în ce mai mare de gene mutante ridică probleme etice legate de diagnosticul anomaliei genetice în trei perioade distincte: prenatală, copilărie şi maturitate. Maniera de abordare a unui rezultat pozitiv este specifică fiecărei perioade. În perioada prenatală, *avortul terapeutic* reprezintă o opțiune îndreptățită legal, dar controversată etic. Dacă privim din perspectiva relației viață – moarte, a *dreptului unui produs de concepție de a se naşte, avortul, chiar şi terapeutic, reprezintă o crimă,* dar dacă luăm în considerare calitatea vieții după naştere şi *refuzul societății de a-i acorda unei persoane cu dizabilități drepturi egale cu toți indivizii, atunci avortul poate fi o soluție salvatoare de la suferință*[29].

Din păcate, diagnosticul prenatal al anomaliilor cromosomiale conduce la întreruperea de sarcină fără a exista posibilitatea unui tratament. El ar trebui să fie dublat de sfatul genetic consecutiv consultului genetic, care ar putea *evita drama naşterii copilului cu handicap.* Nu putem interveni în viața familiei pentru că nu avem certitudinea că acest copil se va naşte cu o anomalie şi atunci nu avem dreptul indicării avortului[30].

Comentarii

– *motivația* pentru care se recurge la diagnostic prenatal în cazul sarcinilor cu risc genetic priveşte *selecționarea embrionilor*, deci a copiilor afectați de boli genetice;

– scopul este prevenirea naşterii unor copii anormali, prin tratarea acestora (dacă este posibil, în cazurile fericite) sau „eliminarea" lor dacă boala este netratabilă; vorbim, în acest caz, de avort terapeutic;

– avortul terapeutic este un termen care ne pune în fața unui *paradox*: dorim să facem un bine printr-o fap-

[29] Ibidem, p. 43;

[30] Mariela Miltaru, *Diagnosticul prenatal al bolilor cromosomiale*, Teză de doctorat, Conducător Ştiințific, Prof. univ. dr. Ariana Protase, UMF „Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, 2003, p. 2;

tă rea – lucru imposibil din punct de vedere creştin (singura excepție fiind situația în care viața mamei este pusă în pericol, dar şi în acest caz ea are dreptul de a alege, chiar de a-şi jertfi viața pentru salvarea pruncului.). Prin uciderea unui suflet nevinovat – *pruncuciderea* – dorim să facem bine mamei, familiei, societății. Avortul nu este şi nu va fi niciodată o soluție. Cu atât mai puțin una „salvatoare de la suferință". Interesele egoiste şi materiale primează în acest caz, şi nu interesele lui Dumnezeu. *Societatea modernă a cerut o orientare modernă a Medicinii care a dus la desacralizarea ei*. În consecință, acest „avort terapeutic" sau „avort selectiv" va fi considerat, din nefericire, un succes pe plan medical şi social, iar societatea nu va trebui să mai suporte cheltuieli pentru a trata şi a creşte pe aceşti copii; în calitate de *medic creştin*, consider că asistăm la un real regres moral şi spiritual;

– *premisele de la care se pleacă sunt greşite*, deoarece există interes doar pentru omul născut, pentru interesele lui materiale şi economice (salariu etc.), iar celor nenăscuți nu li se oferă absolut nicio şansă de a trăi dacă ei sunt bolnavi din punct de vedere genetic. Nu mai lăsăm să lucreze *„selecția naturală"* (prin avort spontan), ci realizăm o *„selecție artificială"* a copiilor noştri (naştem doar pe cei sănătoşi) grație descoperirilor moderne ale ştiinței, înlocuindu-l astfel pe Dumnezeu…

– *părintele Juvenalie*, în cartea „Teroriştii uterului", afirmă: „diagnosticul prenatal este orientat în mod programat către identificarea deficiențelor genetice care, în diverse etape de vârstă, ar putea determina apariția unor boli cu suport genetic. Noile progrese ale ingineriei genetice fac posibile intervențiile asupra patrimoniului genetic al embrionului încă din primele faze de vârstă. Însă, cel mai adesea, în cazul unui rezultat nefericit al diagnosticului prenatal, părinții sunt sfătuiți sau decid ei înşişi să recurgă la întreruperea sarcinii aplicând aşa-zisul „avort selectiv" care, prin sine însuşi, re-

flectă *o mentalitate eugenetică* sau, cum a numit-o altcineva, o „concepție selecționistă" despre viață. Adesea, avortul selectiv se aplică cu complicitatea legilor în vigoare în cele mai multe dintre state"[31].

– despre poziția *BOR* vezi cap. VI. Avortul.

1). Screeningul prenatal pentru bolile genetice. Teste neinvazive (fără riscuri pentru făt)

Majoritatea copiilor cu boli genetice se nasc din părinți fără niciun istoric famililal de boală genetică, motiv pentru care se indică testul screening. În mod curent, screeningul se realizează pentru 2 boli genetice: *sindromul Down* şi *defectele de tub neural*[32].

În cazul screeninigului prenatal, se folosesc *metode neinvazive pentru făt şi mamă.*

A). *Ecografia fetală, ecografia Doppler, ecografiile 3D şi 4 D;*

B). Triplul test (analize din sângele mamei)

A). Ecografia fetală

Ecografia fetală *reprezintă o metodă neinvazivă pentru mamă şi copil*, care poate detecta anumite afecțiuni ale fătului, fără a oferi însă un diagnostic definitiv.

În primul trimestru de sarcină (lunile 0-3), ecografia fetală în sarcina cu risc genetic are următorul scop:

- estimarea riscului de prezență a defectelor cromozomiale, ca de exemplu *sindromul Down*
- identificarea *defectelor de tub neural*: malformații congenitale care afectează creierul sau măduva spinării (spina bifida şi anencefalia).
- ne oferă şi *alte indicii despre sarcină*: evoluția sarcinii; numărul de feți; estimarea vârstei gestaționale (vârsta fătului).

[31] Părintele Juvenalie, *Teroriştii uterului. Terorism ştiințific şi etica începuturilor vieții. Eseu de bioetică a gestației*, Editura Anastasia, Bucureşti, 2002, p. 251;
[32] Mariela Miltaru, *op. cit.*, p. 42;

În trimestrul al doilea de sarcină (lunile 3-6), ecografia fetală ne poate oferi următoarele indicii despre sarcină:

– detectarea *defectelor de tub neural şi malformaţii cardiace;*

– *moartea fetală* (lipsa bătăilor cardiace);

– *sarcina ectopică* (sarcina se dezvoltă în exteriorul uterului);

– *sarcina molară* (sarcina conţine ţesut anormal în locul fătului normal);

– *vârsta gestaţională* (o estimare a vârstei fătului);

– *Ecografia fetală este necesară în testele invazive* (amniocenteza etc.), când determină poziţia fătului, a cordonului ombilical şi a placentei.

Ecografia Doppler este o metodă mai modernă, prin care se poate evidenţia circulaţia sângelui la nivelul cordonului ombilical, precum şi a vaselor mari ale fătului.

Ecografiile 3D şi 4D sunt metode moderne, recent folosite şi la noi în ţară, prin care se pot evidenţia anumite anomalii ale fătului. Ele oferă şi o imagine mai clară a fătului, spre satisfacţia părinţilor.

Precizări:

– *rezultatele normale obţinute la ecografia fetală nu garantează un copil normal*, sănătos;

– *ecografia nu întotdeauna evidenţiază malformaţiile congenitale;*

Comentarii

– nu s-a relatat o influenţă negativă a ultrasunetelor (pe care le foloseşte metoda ecografică) asupra sarcinii;

– nu s-a putut detecta vreo legătură între expunerea la ultrasunete în timpul sarcinii şi leucemie; această concluzie a fost trasă de Institutul Karalinska într-un studiu publicat în British Medical J. (1-28-00) care a comparat toţi copiii născuţi în Suedia în perioada 1973-1989[33].

[33] Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *op. cit.*, p. 218;

B). *Triplul test*

Triplul test sau „testul markerilor serici" este o *analiză de sânge* efectuată la mamă la începutul trimestrului II de sarcină, între săptămânile *16 -18 de sarcină*. Acest test poate evidenția prezența unor afecțiuni genetice şi anomalii congenitale la făt: *sindromul Down şi defecte de tub neural (spina bifida, anencefalia).*

Triplul test *măsoară nivelurile sanguine materne ale unor substanțe*: alfa-fetoproteinei (AFP), gonadotrofina corionică umană (HCG) şi estriolul neconjugat (uE3). Date recente arată existența unui nou marker – inhibina A care are valoare crescută în cazul sarcinilor cu feți prezentând anomalii cromosomiale (trisomia 18, monosomia X, triploidia, trisomia 16, moartea fetală) şi se poate doza în trimestrul II de sarcină[34]. În acest caz, vorbim de *cvadruplul test*.

Comentariu

O *modificare* a triplului test nu semnifică neapărat prezența unei anomalii congenitale, având o valoare doar orientativă, şi nu diagnostică. În acelaşi timp, un triplu test *nemodificat*, negativ, nu exclude o boală genetică.

1). Sindromul Down (Trisomia 21)

– În sindromul Down (trisomia 21), *fiecare celulă a organismului posedă trei cromosomi 21.* Acest cromosom în exces provine din ovul sau spermatozoid. Se presupune că, în timpul formării celulelor sexuale (ovul sau spermatozoid), cei doi cromosomi 21 nu se separă (nondisjuncție). În timpul fecundației, la unirea dintre ovul şi spermatozoid (în mod normal fiecare cu 23 cromosomi) unul va avea un cromosom în plus în poziția 21 (având 24 de cromosomi) rezultând în final o celulă cu 47 cromosomi (în loc de 46). Această celulă, odată cu dezvoltarea embrionului, se multiplică, fiecare celulă din organism având 47 cromosomi în loc de 46, dezvoltându-se, astfel, *sindromul Down.*

[34] Mariela Miltaru, *op. cit.*, p. 46.

– triplul test se *indică pentru evidențierea sindromului Down la femeile peste 35 de ani* şi este doar un test screening, orientativ;

– utilizând însă *combinația celor trei markeri (triplul test) și vârsta mamei*, se poate aprecia *riscul afectării* fătului de trisomie 21; astfel, în sindromul Down, AFP (alfafetoproteina) şi estriolul liber sunt scăzute, iar HCG (gonadotrofina corionică) este crescută;

– un studiu efectuat între anii 1989-1991 pe un lot de 25.207 femei a arătat un *screening pozitiv la 1661 de femei (6,6%)*. Dintre acestea, au acceptat amniocenteza (o metodă invazivă) 760 de femei şi au fost descoperite 20 de cazuri de sindrom Down *(1 caz la 39 de amniocenteze*). Dintre aceste femei, *doar 5% au avut vârsta peste 35 de ani*[35].

Comentarii

– deducem din studiul făcut că un procent de *95% din femeile cu test pozitiv pentru sindrom Down au sub 35 de ani*;

– nu numai mama este cauza; în *aproape 30% din cazuri tatăl este responsabil* pentru cel de-al 21-lea cromozom în plus în sindromul Down; cu cât tatăl este mai în vârstă, cu atât procentul este mai ridicat[36];

– Alte studii arată procente asemănătoare: dintre toate gravidele testate, 3-5% vor avea un triplu test modificat (anormal), dar doar *10% dintre gravidele cu valori anormale ale triplului test vor avea un copil cu o malformație genetică*, specificitatea şi sensibilitatea investigației fiind destul de mici. Rezultă că *în 90% din cazuri, rezultatul este fals pozitiv*. Pe de altă parte, un test negativ nu garantează 100% sănătatea viitorului copil, deoarece nu poate identifica decât o parte dintre bolile genetice;

– una dintre tendințele cu adevărat îmbucurătoare din ultimii 50 de ani este faptul că oamenii cu sindro-

[35] Mariela Miltaru, *op. cit.*, p. 45;
[36] Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *op. cit.*, p. 214;

mul Down *sunt integrați pe deplin în societate*[37];

– aceşti oameni plăcuți şi activi au în prezent o speranță de viată de 55 de ani. *Numai 2% se nasc cu defecte fatale de cord şi sub 5% se nasc cu retard mintal sever*. Majoritatea pot duce în prezent o viață semiindependentă sau complet independentă şi pot să se integreze în câmpul muncii într-un anume tip de activitate susținută. Alții au slujbe normale, fiind angajați pe bază de concurs[38].

2) Defectele de tub neural

– *în ziua a 14-a* de la concepție, apare „linia primitivă" a embrionului, din care se formează 3 straturi de celule diferențiate: ectoderm, mesoderm şi endoderm. Din aceste trei straturi de celule, se vor dezvolta toate părțile corpului uman. *Din stratul extern (ectoderm) se dezvoltă tubul neural* din care vor lua naştere măduva spinării, nervii şi creierul, precum şi pielea şi glandele sebacee şi sudoripare La 4 săptămâni, se distinge foarte clar că omul este un „vertebrat". De o parte şi de alta a tubului neural, se formează 40 de segmente mici. Din aceste segmente, 32 sau uneori 33 se transformă în vertebre, iar ultimele segmente, adică „coada", vor regresa (vezi cap. I. Dezvoltarea embrionară şi fetală).

Se descriu 2 defecte de tub neural: *spina bifida şi anencefalia;*

– *spina bifida:* înseamnă un defect al tubului neural sau al oaselor care îl acoperă (vertebre) prin lipsa de sudură a celor două părți ale coloanei vertebrale, fenomen ce are loc în perioada de embriogeneză între săptămânile 22-28 de la concepție. Există diferite forme de spina bifida, de la *forme uşoare* precum spina *bifida ocultă (ascunsă, închisă*) în care nu există o comunicare între măduva spinării şi exterior, fiind asimptomatică în cele mai multe cazuri şi nu necesită tratament şi *forme mai gra-*

[37] Ibidem, p. 215;
[38] Ibidem;

ve, precum *spina bifida manifestă (deschisă*), cu cele două forme: meningocel sau mielomeningocel. În meningocel, ies prin deschizătura dintre vertebre, membranele (meningele) care acoperă măduva spinării, sub forma unui sac. În mielomeningocel herniază prin acest orificiu atât membranele (meningele), cât şi măduva spinării. Aceste ultime două forme necesită tratament chirurgical (intrauterin sau după naştere).

– *Anencefalia:* este cel mai grav defect al tubului neural, defect ce apare înainte de săptămâna 28 de sarcină şi constă în lipsa în mare parte a encefalului, a cerebelului, lipsa trunchiului cerebral la 3/4 din cazuri etc. Este incompatibilă cu viața, copilul decedând imediat după naştere sau la câteva zile. Copilul posedă posibilitatea de a respira, circulația este prezentă, la fel şi reglarea temperaturii. Uneori, sunt prezente şi unele reflexele, inclusiv durerea. Frecvent, copilul este însă inconştient şi sucombă în scurt timp.

– cele două malformații congenitale (spina bifida şi anencefalia) sunt cele mai comune, cu o frecvență de *1-2 / 1000 de nou-născuți vii*[39].

– doar *10% din copiii* cu defecte de tub neural sunt născuți din cupluri cunoscute a avea un istoric familial cu anomalii de tub neural; în restul cazurilor, nu se cunoaşte cauza;

– *ecografia 3D* este o metodă de screening care poate depista acest defect;

– markerul seric care detectează aceste defecte încă din timpul vieții intrauterine este *alfafetoproteina (AFP)* care, fiind crescută peste 2,5 din valoarea mediană, *detectează 88% din cazurile de anencefalie şi 79% din cazurile de spina bifida;*

– *în 3% din cazuri, se obțin rezultate fals pozitive:* creşterea în sânge a AFP şi lichidul amniotic *nu este specifică pentru defectele de tub neural,* putând exista şi *alte cauze ale acesteia*: transfuzie feto-maternă, moarte intrauterină, iminență de avort, omfalo-

[39] Mariela Miltaru, *op. cit.*, p. 47;

cel, sindrom Turner, sarcina gemelară, nefroză congenitală, boli hepatice materne etc.[40].

Comentarii

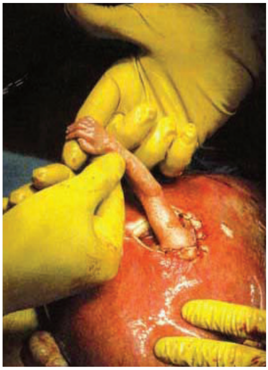
– Dr. D. Mc Lone şi colegii săi au relatat despre o serie de aproape 1000 de cazuri neselectate de *spina bifida*, copii care au fost supuşi unui tratament intensiv. Dintre aceştia: *75% aveau inteligenţă normală*; 80% au învăţat să meargă până la împlinirea vârstei şcolare; 90% îşi puteau controla activitatea intestinelor şi a vezicii urinare până la vârsta şcolară; 99% din părinţi au fost satisfăcuţi de tratament[41].

– ipoteza că oamenii handicapaţi se bucură de viaţă mai puţin decât persoanele „normale" s-a dovedit a fi falsă. O investigaţie bine documentată a arătat că nu este nicio diferenţă între persoanele handicapate şi cele „normale" în ceea ce priveşte modul de receptare a satisfacţiei vieţii, modul de receptare a viitorului apropiat şi vulnerabilitatea la frustrare. Dintr-o serie de *150 de adolescenţi cu spina bifida* aleşi la întâmplare, toţi au fost întrebaţi dacă handicapul lor le făcea viaţa mai puţin valoroasă încât să nu merite să fie trăită şi dacă ar fi trebuit să „fie lăsaţi să moară" după naştere. Răspunsul lor unanim a fost ferm: doreau să trăiască! De fapt, ei au considerat întrebarea total absurdă[42].

– Universitatea Vanderbilt este un centru de pionierat în domeniul chirurgiei în uter. În august 1999, când efectua o operaţie de reparare a spinei bifida, micuţul Sam a scos mânuţa prin incizie şi a apucat degetul chirurgului[43]. Copilul Samuel trăieşte. El a fost *operat în săptămâna a 21-a de sarcină*. La 19 săptămâni după operaţie (2 decembrie 1999) la Tennesse, USA, se naşte sănătos. *Poza din timpul operaţiei*:

---

[40] Ibidem;
[41] Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *op. cit.*, pp. 213-214;
[42] Ibidem; p. 212;
[43] Ibidem, p. 214;



Imagine: http://www.pro-leben.de/abtr/beruehmtebabys.php

Concluzie

Dacă cele două metode de *screening prenatal* – ecografia fetală şi triplul test – arată modificări (rezultate pozitive), medicul va recomanda în continuare (cu consimțământul familiei), efectuarea testelor invazive pentru a pune un *diagnostic prenatal*.

2). Diagnosticul prenatal pentru bolile genetice. Teste invazive (cu risc pentru făt)

Identificarea pacienților cu risc (sarcinile cu risc genetic) pentru boli congenitale la descendenți se face pe baza:

- *istoricului familial* privind bolile genetice,
- *screeningului seric matern* (triplul test) şi
- *modificărilor ecografice*[44].

Diagnosticul genetic prenatal poate evidenția alături de sindromul Down şi defectele de tub neural şi o serie de alte boli genetice.

Noțiuni de genetică

a). *Cromosomii umani* (din limba greacă *chromo - nuanță* şi *soma - obiect*) sunt situați în nucleul fiecărei celule şi conțin *ADN-ul nuclear*. Acesta este alcătuit din *gene* care conțin infor-

[44] Mariela Miltaru, *op. cit.*, p. 28;

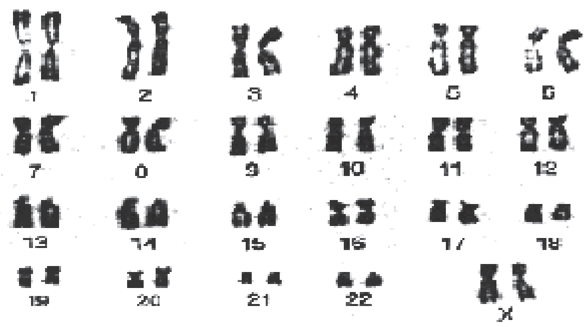
mația genetică a celulei. (schematic: nucleu – cromozom – ADN – genă – informație).

Cromosomii sunt unități microscopice *prezente în toate celulele corpului*. Ei conțin toată informația genetică necesară pentru ca, prin fecundare, ovulul fertilizat să se constituie într-o ființă umană. *Un cromosom în plus sau în minus produce perturbări ale dezvoltării embriofetale.*

Cariotipul reprezintă totalitatea *cromosomilor unei celule,* dispuşi într-un set complet (caracteristic fiecărui organism în parte) şi într-un anumit aranjament. Fiecare cariotip are o pereche de cromosomi *heterosomi* (X, Y) şi mai multe perechi de cromozomi *autozomi,* în dependență de specie (22 la om). Cariotipurile sunt folosite pentru a studia *aberațiile cromosomale*.

Cariotipul uman conține *23 perechi de cromosomi*: 22 autozomi şi doi cromosomi sexuali (la femei 22 + XX, la bărbați 22 + XY). Fiecare celulă din organism – *celulele somatice* – posedă deci 46 cromosomi cu excepția *celulelor sexuale* (ovul/spermatozoid) care au jumătate din setul cromosomial (ovulul: 22+X, spermatozoidul: 22+X sau 22+Y)[45].

La unirea dintre spermatozoid şi ovul, va rezulta *o celulă cu un set complet cromosomial (44+XX sau 44+XY).*



Imagine: *cariotipul uman (sex feminin: 44 +XX)*

[45] Dina Coprean, *Genetica Medicală*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 1998, p.42;

b). *ADN-ul* se găseşte practic în orice celulă (de la organisme unicelulare, cum ar fi bacteriile, protozoarele, până la organismele pluricelulare, fungi, animale sau vegetale), precum şi în structura internă a unor virusuri. Structura ADN-ului este *unică nu numai pentru o specie anume, ci şi pentru orice individ* al oricărei specii animale sau vegetale.

ADN-ul este purtătorul informației genetice[46].

c). *Gena* reprezintă un fragment din ADN şi este unitatea elementară de informație genetică[47].

În timpul reproducerii, materialul genetic este transmis de la părinți la copii. Materialul genetic poate fi transmis şi la indivizi neînrudiți (de exemplu la virusuri). *Genele codează toată informația* necesară pentru construcția substanțelor chimice, precum *proteinele,* hormoni, factori de creştere etc., necesare funcționării organismului.

Genele sunt „cartea cu instrucțiuni cu care ne naştem" – fără instrucțiunile corecte stocate în genele noastre, organismele nu se pot dezvolta normal sau supraviețui. Aproape în fiecare săptămână se descoperă noi gene defecte responsabile pentru un anumit tip de îmbolnăvire. *Bolile genetice fac parte din categoria bolilor umane a căror etiologie implică existența unor mutații* (cromosomiale, genice, genomice)[48].

Genele se clasifică în mai multe categorii precum *genele esențiale* care funcționează în toate tipurile de celule (ele codifică proteinele ce sunt esențiale pentru vitalitatea celulară); *genele mitogene sau protooncogene* care controlează desfăşurarea normală a diviziunii celulare (în anumite condiții acestea devin oncogene şi determină dezvoltarea cancerului); *„genele morții"* care controlează îmbătrânirea şi moartea celulei iar mutația acestor gene determină sindroamele progeroide (progeria

[46] Ibidem, p. 12;
[47] Ibidem, p. 20;
[48] Mariela Miltaru, *op. cit.*, p. 4;

este o afecțiune genetică rară care apare la copii şi este caracterizată prin îmbătrânire accelerată, prematură; *genele mutagene* care au rolul de a asigura integritatea informației genetice (mutațiile lor generează o replicare ineficientă a ADN-ului) etc.[49].

Prin *genom* se înțelege *totalitatea informației genetice conținute în celulele organismului şi reprezintă întreaga cantitate de ADN din nucleu şi mitocondrie*[50].

d). *Ce sunt mutațiile?*

Mutațiile sunt *modificări ereditare ale informației genetice* produse de acțiunea factorilor mutageni exogeni (din afara organismului: radiații ionizante şi mutageni chimici) şi endogeni (din interiorul organismului). Majoritatea mutațiilor provin însă din *erori spontane.*

În funcție de domeniul genetic afectat mutațiile pot fi:

- *genice*, ce afectează structura şi funcțiile genei;
- *cromosomiale,* produse de modificări în structura cromosomilor;
- *genomice,* determinate de aberații numerice ale setului diploid cromosomial[51].

Clasificarea bolilor din punct de vedere genetic

Sindroame cromosomiale: modificările sunt la unul sau mai mulți *cromosomi*, în toate celulele organismului sau numai în unele linii celulare. *Mai mult de 50% din toți produşii de concepție au o aberație cromosomială, însă doar la 0,6% din nou-născuți apar aceste aberații*[52]. Asta înseamnă că se produce un avort spontan cu ceilalți feți bolnavi genetic. Cauza aberațiilor cromozomiale o reprezintă, în majoritatea cazurilor, accidentele mitotice (de diviziune celulară) din timpul *embriogenezei şi organo-*

[49] Dina Coprean, *op. cit.*, p. 26;
[50] Ibidem, p. 12;
[51] Ibidem, p. 43;
[52] Ibidem, p. 31;

genezei care au, în cele mai multe cazuri, urmări foarte grave, în special, avortul spontan[53].

a). *avorturi spontane foarte precoce: 30-70%*

b). *avorturi spontane înainte de 22 săptămâni: 30%*

c). *avorturi spontane după 22 săptămâni: 5-7%*

d). moarte neonatală: 5-7%

e). malformațiile congenitale (13% cardiopatii)[54]: 4-8%

Studii făcute de către Bouè pe embrionii umani avortați (1973, 1974, 1975), pe un lot de 1500 de cazuri, au arătat că *60-70% dintre ei au avut anomalii cromosomiale*, cele mai frecvente fiind *trisomia 16 şi monosomia X.* Circa 50% dintre produşii de concepție sunt eliminați[55].

Comentariu

Avorturile spontane foarte precoce sunt considerate acele avorturi care se produc la vârsta la care încă nu poate fi stabilită sarcina, deci mai puțin de 30 de zile de la concepție. Nu ştim dacă embrionul s-a implantat deja în uter sau nu, înainte de a fi avortat, dar se presupune că avortul are loc înainte de nidație, deci în primele 7-10 zile de la concepție. Cele mai frecvente avorturi spontane din cauza anomaliilor genetice *nu sunt din cauza sindromului Down sau a defectelor de tub neural* (care sunt deseori *compatibile cu viața*), ci din cauza altor anomalii cromozomiale, mai grave, deseori incompatibile cu viața (din studiul descris anterior, rezultă că este vorba de trisomia 16 şi monosomia X). Prin *„selecția naturală"* sunt eliminați embrionii care nu pot supraviețui. În aceste cazuri, mama nu se face vinovată de pruncucidere.

1. Bolile genetice somatice: în *genomul nuclear*, pot coexista modificări moştenite cu modificări dobândite, ultimele, ală-

[53] Mariela Miltaru, *op. cit.*, p. 9;
[54] Ibidem, p. 31;
[55] Ibidem, p. 32;

turi de factorii de mediu, fiind decisive ca etiologie. Din această categorie fac parte *majoritatea cancerelor;*

2. *Bolile genetice ereditare:* sunt cele care apar din cauza mutațiilor ce se produc la nivelul unei gene sau a mai multor gene. Ele cuprind trei categorii de boli:

a) .bolile monogenice sau mendeliene, în care o singură genă din genom este implicată;

b). bolile multifactoriale determinate de interacțiunea unui număr mare de gene cu anumiți factori ecologici (diabet zaharat, boli autoimune etc.)

c). bolile mitocondriale, cauzate de mutații ale genelor mitocondriale şi ale genelor nucleare ce codifică sinteza unor proteine membranare cu rol în *sinteza AND-ului şi a ARN-ului mitocondrial*[56].

În cazul diagnosticului prenatal al bolilor genetice, pentru depistarea bolilor genetice, se folosesc metode invazive pentru făt.

A. *Fetoscopia;*

B. *Cordocenteza;*

C. *Amniocenteza;*

D. *Biopsia de corion;*

E. *Biopsia fetală,*

F. *Analize genetice (metoda citogenetică, tehnici de genetică moleculară)*

A. *Fetoscopia*

– este metoda care *permite vizualizarea directă a fătului* cu ajutorul unui endoscop introdus, după o prealabilă anestezie locală, prin cervix în cavitatea uterină;

– *este o metodă invazivă, traumatizantă pentru gravidă, cu risc de avort spontan crescut, de aproximativ 2-6%*[57];

[56] Ibidem, p. 5;

[57] Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *op. cit.*, p. 221;

– se efectuează între săptămânile *16-20 de sarcină,* fiind precedată de ecografie;

– cu ajutorul acestei metode, pot fi diagnosticate o serie de *anomalii congenitale externe:* despicăturile labiale şi labiopalatine, anomalii ale membrelor, omfalocelul;

– fetoscopia permite şi *efectuarea unor investigații mai dificile, cum ar fi: biopsia de corion*, *biopsie fetală* (hepatică sau de piele fetală, prin prelevarea de fragmente de țesut sub control precis endoscopic), *prelevare de sânge din vena ombilicală* (pot fi diagnosticate câteva din *bolile hematologice ereditare:* thalasemia, hemaglobinoza S, hemofilia).

B. *Cordonocenteza*

– se efectuează cu ajutorul fetoscopiei (descrisă anterior), sub ghidaj ecografic, după săptămâna 18 de sarcină, *prin puncționarea cordonului ombilical* şi *recoltarea a 1 ml sânge din vena ombilicală;*

– metoda este utilizată în cazurile *de urgență în diagnostic* (48-72 ore) în suspiciunea de afecțiuni hematologice, anomalii de coagulare, anomalii ale trombocitelor sau pentru detectarea infecțiilor[58];

– metoda se poate folosi pentru *terapie intrauterină* (transfuzii de sânge sau transplant de măduvă)[59].

C. *Amniocenteza*

– metoda constă în puncționarea sacului amniotic, transabdominal, sub ghidaj ecografic, prin care se extrag 10-20 ml lichid amniotic;

– din acest lichid, se vor putea face: *a). teste biochimice* (dozarea alfafetoproteinei, acetilcolinesterazei); *b). examinări citogenetice* (cariotip simplu, bandat, FISH, cromatina sexuală) sau *c). tehnici de genetică moleculară*[60].

[58] Mariela Miltaru, *op. cit.*, p. 30;
[59] Ibidem;
[60] Ibidem;

– metoda se efectuează în săptămânile 12-14 de sarcină sau, *clasic, în săptămâna 16 de sarcină*[61];

– riscul unui *avort spontan* în amniocenteză este de *1%*; în 2001, cercetătorii de la Şcoala de Medicină St. Bartolomeu, Londra, au examinat 40.000 de femei care au făcut amniocenteză. Au fost descoperite 100 de cazuri cu sindrom Down (un procent de 0, 25%), însă în urma testului, 400 de copii normali au murit prin avort (un procent de1%)[62].

– *Metoda este recomandată în următoarele condiții:* la femei de *peste 35 de ani* (cu cât înaintează în vârstă, femeile riscă mai mult să dea naştere unor copii cu sindrom Down sau cu alte anomalii cromozomiale) / când *ancheta familială* arată că un membru al familiei sau o rudă apropiată este purtătoare a unei anomalii cromozomiale, gravida riscând să nască un copil cu aceeaşi anomalie (în această situație, nu contează vârsta maternă şi este recomandată amniocenteza pentru testarea cromozomilor) / *când screeningul prenatal,* respectiv ecografia obişnuită, trezeşte suspiciunea unui posibil defect (se recurge la examenele ecografice mai complexe, iar dacă acestea confirmă anomalia, se recomandă amniocenteza);

Comentarii

Având în vedere că peste 80% dintre copiii cu sindrom Down se nasc din mame tinere, sub 35 de ani, amniocenteza nu este justificată la procentul mic de femei care nasc la o vârstă trecută de 35 de ani; metoda este cu atât mai periculoasă pentru făt, cu cât mama este mai în vârstă; un studiu din Grecia arată că din 500 femei care au făcut amniocenteză la vârsta de 35-39 de ani, 3,4 % au pierdut sarcina după test, iar, în cazul femeilor de peste 40 de ani, un procent de 5,1% au pierdut sarcina[63].

[61] Ibidem, p. 29;
[62] Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *op. cit.*, p. 219;
[63] Ibidem, p. 220;

În 2001, cercetătorii de la Şcoala de Medicină St. Bartolomeu, Londra, au examinat 40.000 de femei care au făcut amniocenteză. Au fost descoperite 100 de cazuri cu sindrom Down (*un procent de 0,25%*), însă, în urma testului, 400 de copii normali au murit prin avort (*un procent de 1%*)[64].

– părinții suportă foarte greu emoțional avortarea unui copil cu handicap; un studiu raporta *depresia maternă la 92%* şi *cea paternă la 82%* (sindromul postavort), plus o incidență de 30% de separare a părinților după avort[65]. Trauma este mult mai uşor suportată dacă copilul este lăsat să se nască, iar apoi moare, părinții având astfel posibilitatea să boteze copilul la naştere (să-l încreştineze) şi să-şi ia, împăcați cu el şi cu ei înşişi, rămas bun. Alături de consilierea medicală (genetică), *consilierea spirituală* are un rol important în aceste cazuri.

D. *Biopsia de corion / trofoblast / vilozități coriale (parte a placentei)*

– Prima biopsie datează din 1983;

– se efectuează în *săptămânile 11-13 de sarcină*, prin recoltarea unui fragment de trofoblast de origine fetală prin aspirare sau biopsie ghidată ecografic: aspirare cu cateter transcervical (prin colul uterin) sau cu ac transabdominal (prin peretele abdominal) sau transvaginal[66].

– Se obține, astfel, un mic fragment de corion, adică *țesutul din jurul copilului. Acest țesut are aceeaşi formațiune genetică ca şi cea a copilului*[67].

– analiza celulelor recoltate (examenul citogenetic) presupune *identificarea anomaliilor cromozomiale sau a defectelor biochimice şi moleculare.*

---

[64] Ibidem, p. 219;
[65] Ibidem, p. 218;
[66] Mariela Militaru, *op. cit.*, p. 67;
[67] Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *op. cit.*, p. 221;

– *cariotipul* efectuat pe celule din corion (celule cu diviziune rapidă) poate fi obținut în 24-48 de ore[68];

– obținem informații cu privire la *aberațiile numerice ale cromozomilor,* dar mai puțin şi asupra celor structurale;

– riscul de avort *spontan este de 2-4%.* De asemenea, un studiu britanic arată că 3% din aceste teste sunt fals pozitive, deci 3% dintre copiii normali au fost omorâți[69].

Comentarii

– un studiu britanic arată că 3% din rezultate *sunt fals pozitive*, adică copii selectați ca fiind bolnavi sunt de fapt sănătoşi şi, totuşi, omorâți;

– o altă cauză de avort, este faptul că această metodă duce uneori la pierdere de lichid amniotic lent şi continuu, şi, apoi, la avort spontan la 4-12 săptămâni;

– Studii efectuate la Oxford, Milano şi Taiwan au descoperit o serie de defecte la naştere la copii care au fost supuşi unui asemenea test. Acestea includeau brațe şi degete lipsă sau mai scurte, guri malformate şi anomalii ale creierului. 3,3% din copii aveau malformații congenitale grave[70].

– Biopsia de trofoblast se poate efectua in săptămânile 8-9 de sarcină, dar are atât *risc de avort spontan (2-4%)*, cât şi *risc de naştere a unui copil malformat* (posibile malformații craniofaciale şi hipoplazii ale membrelor);

– când testul este pozitiv, deci copilul are *Sindromul Down*, şi familia alege să *păstreze sarcina*, se impune efectuarea unei ecografii fetale în săptămâna 20 de gestație pentru identificarea eventualelor malformații cardiace, care apar uneori în cadrul acestui sindrom. O nouă ecografie este indicată la 28-32 de săptămâni pentru evaluarea creşterii fetale şi detectarea atreziei duodenale, altă entitate patologică frecventă, care necesită intervenție chirurgicală.

[68] Mariela Militaru, *op. cit.*, p. 67;
[69] Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *op. cit.*, p. 221;
[70] Ibidem;

E. *Biopsia fetală*

– se poate efectua după săptămâna 20 de sarcină în unele boli genetice nedectabile prin examinarea lichidului amniotic, a vilozităților coriale sau în sângele fetal;

– se poate efectua *biopsie fetală cutanată, hepatică sau musculară* (boli dermatologice, afecțiuni metabolice, distrofii musculare);

– nu sunt date concrete despre *riscul acestei metode, dar se pare că este mult mai mare* decât la amniocenteză: *aproximativ 5%*[71].

F. *Analize genetice*

Se împart în 2 grupe:

1). *Metoda citogenetică: analizează cromozomii din celule.*

a). Testul Barr: permite determinarea cromosomilor X ai sexului feminin;

b). Cariotipul simplu: permite diagnosticul anomaliilor cromosomiale numerice: trisomia 21, trisomia 18, trisomia 13, monosomia X etc.;

c). Cariotipul prin marcaj în benzi: permite diagnosticul anomaliilor cromosomiale structurale. Pentru diagnosticul prenatal, se pot utiliza țesuturi embrionare (embrioni avortați), țesuturi din corion (placentă) sau din lichidul amniotic[72].

Pentru metoda citogenetică (analiza cromozomilor din celule), în cazul diagnosticului prenatal, se folosesc celulele prelevate prin metode invazive: *amniocenteză, biopsia de vilozități coriale, biopsie fetală* (piele) şi *recoltare de sânge fetal* (din cordonul ombilical)[73].

Aceste metode permit stabilirea rapidă a unui diagnostic prenatal, respectiv între 1 şi 15 zile[74].

---

[71] Ibidem, p. 30;
[72] Ibidem, p. 16;
[73] Ibidem, p. 55;
[74] Ibidem;

2). Tehnici de genetică moleculară: analizează ADN-ul în vederea stabilirii diagnosticului bolilor ereditare sau în scop de cercetare[75].

Bolile ereditare diagnosticate pot fi: *mucoviscidoza, miopatia Duchenne, hemofiliile, amiotrofia spinală infantilă, drepanocitoza şi talasemia*[76].

Pentru analiza ADN-ului, este nevoie de *izolarea lui din: vilozităţi coriale, lichid amniotic sau sânge periferic*[77].

Precizare: majoritatea mamelor, care au un făt cu o afectare genetică, recurg la avort.

Comentarii

– Se naşte întrebarea: *„În favoarea cui, în cele din urmă, este acest diagnostic prenatal, a mamei sau a copilului?”*. Pentru protejarea psihologică a părinţilor, se alege moartea copiilor. Se ţine astfel cont de interesele părinţilor, care sunt clienţi, iar cele ale copilului trec pe planul doi.

– Pentru un creştin care este convins că viaţa umană începe din momentul conceperii, când Dumnezeu îl şi însufleţeşte, acest avort echivalează cu o ucidere, deci cu un păcat.

Ca urmare, diagnosticul prenatal are o *profundă dimensiune eugenetică*. Părinţii îşi aleg proprii copii. Profesorul american convertit la ortodoxie, *Tristram Engelhardt*, autorul cărţii „Fundamentele bioeticii creştine”, afirmă că „actualmente, scanarea prenatală este, în primul rând, o sursă a ispitei de a comite avort”[78].

– Mă întreb dacă noi, medicii, mai promovăm *dreptul la viaţă*? Nu cred că avem dreptul să excludem pe nimeni. Ştim că este o „selecţie naturală” şi, de multe

[75] Ibidem, p. 22;
[76] Ibidem, p. 40;
[77] Ibidem, p. 83;
[78] Tristram Engelhardt jr., *Fundamentele Bioeticii Creştine. Perspectivă ortodoxă*, Editura Deisis, Sibiu, 2005, p. 359;

ori, au loc avorturi spontane, precoce, de care nici nu ştim, majoritatea fiind cauzate (după ultimele studii medicale) de către defecte genetice, cromozomiale. Dar Dumnezeu ştie de ce lasă ca unii dintre ei să se nască şi trebuie, atunci, să primim această cruce ca din mâna lui Dumnezeu, o cruce mântuitoare. Ori, întorcând spatele acestei cruci, ne pierdem mântuirea pe care ne-a dorit-o Dumnezeu. Cât de greu ne este să explicăm acest lucru mamelor şi taților zilelor noastre, când, de multe ori, nu se doreşte nici naşterea unui copil sănătos, darmite bolnav. Atât de frumos scrie *Părintele Juvenalie* despre acest fapt în cartea sa „Teroriştii uterului": *„Noi construim ziduri în fața tainei vieții însăşi, eliminând pe cei mai slabi de la masa acestui banchet al vieții la care Creatorul i-a invitat pe toți"*[79].

– Medicii insistă ca aceste teste invazive să fie făcute pentru a nu-şi pierde clientela şi pentru a-şi proteja veniturile. Ei au fost dați în judecată în alte țări pentru că nu fac asemenea teste şi nu descoperă fătul cu handicap, motiv pentru care le fac şi pentru a se proteja de eventuale procese juridice[80].

– Iată că ajungem la avort terapeutic din motive socio-economice şi hedoniste (după cum afirma părintele Juvenalie) care sunt, din nefericire, rezultatul necredinței noastre. Asistăm la desacralizarea medicinii, iar evoluția ingineriei genetice este doar la început de drum.

[79] Părintele Juvenalie, *op. cit.*, p. 251;
[80] Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *op. cit.*, p. 222.

CAPITOLUL VIII

FERTILIZAREA „IN VITRO”(FIV) ŞI DIAGNOSTICUL GENETIC DE PREIMPLANTARE. SELECTAREA EMBRIONILOR SĂNĂTOŞI ŞI „ELIMINAREA” CELOR BOLNAVI

Comentarii

– dacă *diagnosticul genetic prenatal* (descris în cap. VII) urmăreşte o „analiză genetică” a embrionului deja implantat în uter sau a fătului (avem o sarcină în evoluție după o fecundare naturală), în cadrul *diagnosticului de preimplantare se urmăreşte o „analiză genetică” a embrionului fecundat „in vitro” (în afara uterului, în condiții de laborator)*;

– ambele metode de diagnostic *urmăresc detectarea unor posibile boli genetice şi „eliminarea” embrionilor bolnavi;*

– FIV se efectuează atât în *cazurile de infertilitate* (a femeii, a bărbatului sau a cuplului), cât şi în cazurile în care *cuplul poate procrea în mod natural*, dar are boli genetice în antecedente (în familie). Din acest motiv, aceste cupluri recurg la FIV din dorința de a naşte doar copii sănătoşi prin selectarea embrionilor sănătoşi şi eliminarea celor bolnavi. Această distrugere a embrionilor bolnavi este o *altă formă de avort* care nu se deose-

beşte în esență cu nimic de un avort timpuriu intrauterin ce are loc înainte de implantarea embrionului.

I. Ce sunt tehnicile de reproducere asistată?

Sunt tehnici de fertilizare artificială (unirea spermatozoidului cu ovulul este provocată prin diferite mijloace) şi se împart în 4 categorii:

1. *fertilizare in vitro (FIV),* descrisă în acest capitol;
2. *inseminare de spermă* (IUI): inseminare intravaginală, intracervicală sau intrauterină, cu spermă preparată în laborator pentru o mai bună calitate; este o metodă rar folosită astăzi, cu şanse de succes în doar 5% din cazuri;
3. *transferul intrafalopian de gameți* (GIFT): transfer de spermatozoizi în trompa uterină, „ocolind" obstacolul pe care îl reprezintă trompa înfundată;
4. *tehnici de micromanipulare a gameților:* spermatozoizii sunt injectați în ovule prin diferite metode: procedeu de zona-opening / inserție subzonală de celule spermatice / microinjectarea spermei în ooplasmă. Aceste metode sunt folosite în *infertilitatea masculină* , menite să îmbunătățească capacitatea spermatozoizilor de a fertiliza[1].

Comentariu:

mă voi referi în continuare doar la *fertilizarea in vitro* (FIV), care este metoda cea mai utilizată la ora actuală.

II. Când este indicată FIV de către specialişti?

A). FIV este indicată în *cazurile de infertilitate* date de:

Boala tubară (absența trompelor uterine sau înfundarea acestora)[2];

---

[1] Dr. Denisa Marina Protopopescu, *Infertilitatea. Fertilizarea in vitro şi reproducerea asistată*, Editura Meteora Press, Bucureşti 2001, p. 284;

[2] Ibidem, p. 289;

Endometrioza (o boală a organelor genitale feminine ce reprezintă cauza a *20-40%* din cazurile de infertilitate, după Webster şi colab. -1987)[3];

Infertilitatea de cauză masculină (alterarea calităţii sau a cantităţii spermatozoizilor)[4];

Cauze imunologice: prezenţa anticorpilor antispermatici în tractul reproductiv feminin sau la suprafaţa spermei. Aceşti anticorpi, sintetizaţi de organismul femeii şi îndreptaţi împotriva spermatozoizilor, pe care îi recunoaşte ca un corp străin, alterează *motilitatea lor* (prin acţiune pe piesa intermediară a spermatozoidului) sau *interacţiunea dintre ou şi spermatozoid* (prin acţiune pe capul spermatozoidului)[5].

Alte cauze (neexplicate): 10-15 % din cazuri[6].

B). La ora actuală, FIV este folosită şi în *alte condiţii*, precum: *cazuri de donări de oocite (ovuli); la unele paciente cu ovare micropolichistice (PCO)* la care inducţia ovulaţiei este asociată cu un risc crescut de hiperstimulare ovariană (OHSS)[7].

Comentarii

– *infertilitatea* a constituit mereu o provocare *pentru oamenii de ştiinţă*, care au încercat să găsească unele metode pentru a veni în ajutorul pacientului, pentru a-i oferi ceea ce el nu-şi poate împlini în mod natural; ei însă au neglijat aspectul moral al acestor metode şi, inevitabil, s-a ajuns la o *manipulare a celulelor sexuale şi a embrionilor*, lucru ce nu poate fi acceptat de canoanele Bisericii[8];

– *părintele Juvenalie* ne oferă un răspuns moral-spiritual la această problemă: „atunci când soţii se găsesc în

---

[3] Ibidem, p. 291;
[4] Ibidem, p. 289;
[5] Ibidem, p. 292;
[6] Ibidem;
[7] Ibidem, p. 289;
[8] Părintele Juvenalie, *Teroriştii uterului. Terorism ştiinţific şi etica începuturilor vieţii. Eseu de bioetică a gestaţiei*, Editura Anastasia, Bucureşti, 2002, p. 180;

imposibilitatea de a aduce pe lume un fiu, tradiția ne învață că ei nu sunt lipsiți cu totul de posibilitatea de a-şi desfăşura şi aplica vocația lor de părinți, inerentă tainei căsătoriei şi că *pot apela la adopție sau înfiere*, angajându-se cu această ocazie să găzduiască şi să înconjoare cu dragoste şi dăruire copilul care le este oaspete, ca şi cum ar fi rodul pântecelui lor"[9].

III. Etapele fertilizării in vitro

*a) Selectarea pacienților cu infertilitate***:** sunt cele descrise anterior (punctele A.-B.);

b) Inducerea creşterii foliculare:

Comentariu

Inducerea creşterii foliculare înseamnă stimularea prin mijloace medicale (hormonale) a creşterii mai multor foliculi din ovar (în loc de unul, cum se întâmplă în mod normal în fiecare lună, fiecare folicul conținând câte un ovul) pentru a avea mai multe ovule maturizate, apte pentru fecundarea in vitro.

La început (anul 1981), se foloseau oocite (ovuli maturi pentru fecundare) din ciclul natural nestimulat, dar dezavantajele metodei erau mari: necesitatea măsurării frecvente a unui hormon din sânge sau urină; necesitatea prezenței personalului şi a tehnologiei timp de 24 de ore şi şanse mici de a aspira *cel puțin un oocit* şi, în total, un număr foarte mic de oocite per pacient. Procedura a fost abandonată în 1981, când s-a folosit pentru inducerea ovulației o altă substanță, numită Clomiphene Citrat (CC), astfel *rezultând prima sarcină gemelară*. Apoi, au apărut alți agenți cum ar fi: hMG, FSH urinar, FSH recombinat, GnRH cu agoniştii şi antagoniştii săi, hormonul de creştere etc.[10]

---

[9] Ibidem;

[10] Dr. Denisa Marina Protopopescu, *op. cit.*, p. 292;

Monitorizarea clinică a inducerii ovulației este o altă etapă necesară cunoaşterii şi evaluării nu doar a *creşterii foliculare*, ci şi a *acțiunii directe a estradiolului şi a progesteronului* asupra endometrului (mucoasei uterine) pentru a-i induce modificări morfologice şi funcționale compatibile cu o implantare a embrionului[11].

Colectarea de ovule:

– după ce s-a reuşit o creştere foliculară adecvată, se trece la colectarea de ovule mature;

– colectarea de ovule se face (începând cu anul *1984)* cu un ac special cu ghidaj al sondei transvaginale, ataşat la o pompă automatsucțiune care menține o presiune de 100-120 mm HG;

– cu acul respectiv, se puncționează foliculul ovarian cel mai apropiat şi se goleşte (el conține un ovul matur);

– lichidul folicular obținut va fi predat imediat embriologului pentru a identifica oocitul (ovulul);

– lichidul este pus de obicei în cutie Petri şi se caută oocitul sub un stereomicroscop;

– complicațiile aspirării oocitelor transvaginal sunt: infecții, sângerare, formarea unui abces uterin (colecție purulentă); perforarea intestinului sau a vezicii urinare, ruptura unui chist endometrial (uterin) şi perforarea apendicelui[12].

1. Cultura de embrioni

Comentariu

Limbajul cu totul inadecvat, umilitor şi nedemn pentru naşterea unei ființe umane precum „cultura de embrioni" ne duce cu gândul la o „cultură de plante neînsuflețite" sau a unei „culturi de microbi", dar nicidecum la naşterea unui om creat după „chipul şi asemănarea lui Dumnezeu".

[11] Ibidem, p. 299;

[12] Ibidem, pp. 300-301;

a) *Mediul de cultură şi mediul înconjurător (laborator):*

– după studii îndelungate ale metabolismului embrionilor, s-au dezvoltat mediile de cultură, de la simpla soluție de ser fiziologic la medii complexe; acestea încearcă să „imite" condițiile din trompa uterină unde, în mod normal, are loc fecundarea;

– embrionii se cresc, apoi, într-o atmosferă cu 5% bioxid de carbon sau în prezența unei presiuni reduse de oxigen (5% bioxid de carbon, 2,5% oxigen şi 90% nitrogen), ambele în condiții ridicate de umiditate;

– atât tipul de incubator, cât şi vasele de cultură sunt foarte importante[13].

b) *Colectarea şi maturarea oocitelor*:

– după aspirarea lichidului folicular, aspiratul este pus în vase Petri şi examinat la stereomicroscop pentru evidențierea oocitelor;

– se spală sângele din jurul oocitelor;

– oocitul găsit se va curăța, se va aspira în pipetă Pasteur şi se va transfera într-o placă unde, din nou, este spălat rapid pentru a fi trecut într-un mediu de inseminare; se acoperă plăcuța şi se introduce în incubator;

– toate aceste manevre trebuie să dureze maxim un minut;

– în timpul puncției ovariene, soțul sau partenerul pacientei va produce într-un recipient steril, prin masturbare, sperma necesară;

– complicațiile aspirării oocitelor transvaginal sunt: infecții, sângerare, formarea unui abces uterin (colecție purulentă); perforarea intestinului sau a vezicii urinare, ruptura unui chist endometrial (uterin) şi perforarea apendicelui;

– sperma se prepară prin eliminarea supernatantului (lichidul rămas la suprafață) după centrifugare, se adaugă şi alte substanțe etc.

---

[13] Ibidem, p. 302;

– la 4-6 ore de la colectarea de ovule, se face inseminarea (punerea în contact a ovulelor cu spermatozoizii) prin adăugarea spermei rezultate; plăcuța se repune în incubator;

– controlul fertilizării se face la 16-18 ore după inseminare: astfel, se controlează la *microscop* dacă oul prezintă cei doi pronuclei (care formează un embrion);

– embriotransferul se efectuează la 44-48 de ore de la inseminarea oocitelor;

– se aleg cei mai buni embrioni şi, cu acordul pacientei, se implantează 3-4 embrioni în uter, aceştia fiind în stadiul de 4-6 celule (blastocist)[14];

> Comentarii
>
> – prin „*alegerea celor mai buni embrion*i" se înțelege o selecție a embrionilor, cei sănătoşi fiind implantați în uter (cei în exces congelați), iar cei bolnavi fiind distruşi;
>
> – în unele cazuri, se face *diagnosticul de preimplantare*: la cuplurile care au tare genetice în familie şi recurg la FIV pentru a fi selectați doar embrionii sănătoşi din punct de vedere genetic.

– pacienta şi pacientul pot vizualiza micii embrioni pe monitoarele speciale;

– transferul intrauterin se face cu un cateter special şi cu o seringă de tuberculină în care se trag embrionii + ser. Cateterul este introdus până aproape de fundul uterin şi, astfel, sunt transferați embrionii;

– pacientei i se introduc 3 ovule de utrogestan (progesteron) în vagin;

– pacienta va aştepta două săptămâni, după care, dacă nu apare menstra, va face determinarea de hormon Hcg (hormon ce apare în urină dacă femeia este însărcinată). Dacă testul de

[14] Ibidem, pp. 302-304;

sarcină este pozitiv, va urma evoluția unei sarcini[15].

c) *Prepararea şi inseminarea spermei:*

– sperma este obținută prin masturbare într-un recipient steril;

– se face spermograma (o analiză amănunțită a spermatozoizilor, care ne arată calitatea şi cantitatea);

– se urmăreşte obținerea unui specimen cu un număr cât mai mare de spermatozoizi cu motilitate bună, lipsit de contaminare microbiană;

– nu se cunoaşte densitatea minimă de spermatozoizi necesară pentru fertilizare; inseminarea se efectuează la o concentrație de 50.000-200.000 spermatozoizi/ml[16].

– *sperma obținută poate fi de la partener/soț sau poate fi „donată" de o altă persoană*.

Comentarii:

– *masturbarea (malahia sau onania)* este considerată păcat de Biserică. Sfântul Apostol Pavel spune: „Nu ştiți oare că nedrepții nu vor moşteni împărăția lui Dumnezeu? Nu vă amăgiți: Nici desfrânații, nici închinătorii la idoli, nici adulterii, *nici malahienii*, nici sodomiții, nici furii, nici lacomii, nici bețivii, nici batjocoritorii, nici răpitorii nu vor moşteni împărăția lui Dumnezeu" (1 Corinteni 6, 9-10);

– în cadrul metodei de fertilizare artificială, acest lucru este descris într-un mod foarte elocvent de către *Prof. Dr. Tristram Engelhardt*: „intimitatea stimulării soțului de către soție şi a soției de către soț, primirea de către soție a spermei soțului şi hrănirea de către soție a copilului lor în pântecele ei caracterizează unirea într-un singur trup a soțului şi soției: în afara acestei uniri, ne îndepărtăm de țintă. Nimeni în afară de soție nu-l poate stimula pe soț fără a implica o anumită formă de

---

[15] Ibidem;

[16] Ibidem, p. 304;

adulter. Nimeni în afară de soț nu poate penetra soția pentru a introduce spermă în soție şi îndeosebi sperma altcuiva decât a soțului fără a comite o formă de adulter (...)"[17].

– „În privința donării de spermă şi a existenței unei bănci de spermă, se insinuează şi tendința eugenică pentru achiziționarea de „spermă selecționată"[18].

d) *Fertilizarea:*

– fuzionarea spermatozoidului cu oul reprezintă punctul culminant al unor multitudini de procese; aceste procese (etape) sunt descrise în cap. I. Fecundația şi implantarea oului în uter;

– oul, la rândul lui, înainte de *fecundare este curățat şi introdus în incubator*, după care este apt pentru fecundare;

– oul este examinat apoi pentru evidențierea prezenței a celor doi pronuclei (dacă a avut sau nu loc fecundarea)[19].

e) Calitatea embrionului

– *după 48 de ore* de stat în incubator, oocitele fecundate ajung la stadiul de *4 celule;*

– se face apoi *evaluarea embrionilor pentru transfer şi pentru crioprezervare,* tehnică efectuată sub *microscop;*

– evaluarea se face după diferite criterii: rata de clivaj, numărul de blastomeri per embrioni, mărimea blastomerelor şi gradul de fragmentare şi granulație[20].

Comentariu

Această evaluare a embrionilor, efectuată *la microscop*, este oarecum „orientativă", adică nu pot fi puse în evidență cu exactitate unele boli ale embrionilor şi

[17] H. Tristram Engelhardt jr., *Fundamentele Bioeticii Creştine. Perspectivă ortodoxă*, Editura Deisis, Sibiu, 2005, p. 337;
[18] Cristina Gavrilovici, *Introducere în Bioetică*, Editura Junimea, Iaşi, 2007, p. 84;
[19] Dr. Denisa Marina Protopopescu, *op. cit.*, Ibidem, p. 305;
[20] Ibidem, p. 306;

nicidecum cele genetice. Există, astfel, un risc de a distruge embrionii sănătoşi şi de a-i implanta pe cei bolnavi. Aşa cum am menționat anterior, în unele cazuri se efectuează şi analiza genetică a embrionilor (*diagnosticul genetic de preimplantare*).

f) *Co-culturile de embrioni*

– este nevoie de un sistem de co-cultură pentru a ajuta maturarea şi dezvoltarea embrionilor; astfel, creşte numărul de celule per embrion şi se permite unui număr mai mare de embrioni să atingă *stadiul de blastocist*, comparativ cu embrionii de control crescuți în medii standard[21];

g) *Aspectele genetice ale FIV*

– *studiul cariotipului oocitelor nefertilizate* a dus la concluzia că frecvența *oocitelor cu anomalii cromozomiale variază între 24 şi 35%*. Cele mai comune erori sunt: anomaliile cromozomiale de număr (aneuploidia şi diploidia) şi anomaliile cromozomiale de structură; aceste studii s-au efectuat toate pe oocite care nu au fertilizat şi nu s-au inseminat[22];

– *studiul genetic al embrionilor* se efectuează pe embrionii rezultați prin FIV, înainte de a fi implantați în uter. Acest studiu se realizează prin *diagnosticul genetic de preimplantare.*

Ce este diagnosticul genetic de preimplantare?

Diagnosticul genetic de preimplantare este folosit de cuplurile cu risc crescut de transmitere a unui defect genetic, care doresc să se asigure de naşterea unui copil sănătos[23]. Nu este vorba doar de cuplurile infertile, ci şi de cele *care pot procrea în mod natural, dar care au în antecedente boli genetice sau când mama are peste 35 de ani.*

[21] Ibidem, p. 305;
[22] Ibidem, p. 307;
[23] Ibidem, p. 322;

Diagnosticul genetic al preimplantării implică *analiza unei singure celule recoltate prin biopsia unui embrion obținut in vitro*[24]. Alți autori afirmă că se extrag uneori şi 2 sau 3 celule.

Comentariu

Prin diagnosticul de preimplantare, se distrug şi multe aşa-numite celule „cu potențial letal" sau „genele morții" care controlează îmbătrânirea şi moartea celulei, iar mutația acestor gene determină sindroamele progeroide (progeria este o afecțiune genetică rară care apare la copii şi este caracterizată prin îmbătrânire accelerată, prematură); de asemenea, se distrug şi alte gene importante ale celulei extrase, mai ales în stadiul de morulă (embrion cu 8-10 celule); FIV duce frecvent la apariția unei boli, dar şi la multe *malformații* ale copilului, deoarece sunt distruse şi celule sănătoase[25].

Biopsia embrionului se poate efectua *în diverse stadii de dezvoltare înaintea implantării sale în uter.*

Metodele folosite în diferite stadii de dezvoltare sunt:

A) *analiza genetică a gameților* (oocite nefertilizate);

B) *biopsia de blastomere* (embrion);

C) *biopsia de blastocist* (celule extraembrionare, genetic identice)[26].

A). *Analiza genetică* a gameților se referă la studiul cariotipului oocitelor nefertilizate (a ovulelor mature pregătite pentru fecundare). Prin determinarea genotipului oocitului, se poate *evita fecundarea acestuia dacă are anomalii genetice.* Această metodă, însă, nu dă relații despre defectele paternale (ale tatălui),

[24] Ibidem, p. 318;

[25] Dr. Claudia Kaminski, Conferința Internațională Pro-Life din 10-12 octombrie 2002 de la Viena, intitulată *Medicul încearcă să ia locul lui Dumnezeu – Rătăcirile Medicinii Moderne;*

[26] Mariela Militaru, *Diagnosticul prenatal al bolilor cromozomiale*, Teza de doctorat, UMF Cluj-Napoca, 2003, p. 41;

motiv pentru care se recurge frecvent la *biopsia embrionului în stadiu de blastomer*[27].

B). *Biopsia de blastomere*

– este metoda cea mai frecvent utilizată;

– se realizează asupra *embrionului în stadiul de 6-10 celule (cel mai frecvent la 8 celule)*[28];

– Din cauza materialului genetic redus, s-au căutat metode sensibile cu marjă mică de eroare. Cele mai utile sunt *metodele de genetică moleculară*: reacția lanțului C polimerază (PCR) şi hibridizarea fluorescentă *in situ* (FISH)[29];

– metoda PCR poate pune în evidență o varietate de mutații la nivel de genă, cauzând boli genetice precum: *distrofia musculară Duchene, anemia hemolitică sickle cell, hemofilia A, sindromul Lesh-Nyhan, fibroza chistică şi tipul de RhD* (permite transferul intrauterin doar a embrionilor Rh negativi la mame cu Rh negativ, evitând astfel complicațiile date de incompatibilitatea Rh materno-fetală)[30];

– tehnica FISH poate fi utilizată atât pentru *detectarea anomaliilor cromozomiale* (numerice şi structurale), cât şi pentru *identificarea cromozomilor sexuali* în vederea determinării sexului. Cele mai frecvente anomalii cromozomiale detectabile sunt: aberații ale cromozomilor de sex *(monosomia X)* şi *trisomiile: 13, 18 şi 21 (sindromul Down)*[31].

– într-un studiu efectuat pe 68 de embrioni umani, utilizând tehnica FISH, au fost identificate aberații ale cromozomilor de sex în aproximativ 32% din cazuri. *Rata erorilor în metoda PCR este de 10-20%* (de exemplu, o celulă descuamată de la cel care efectuează analiza poate influența rezultatul)[32].

[27] Denisa Protopopescu, *op. cit.*, p. 323;
[28] Mariela Militaru, *op. cit.*, p. 41;
[29] Denisa Protopopescu, *op. cit.*, p. 324;
[30] Ibidem;
[31] Ibidem;
[32] Mariela Militaru, *op. cit.*, p. 41;

C). *Biopsia de blastocist*: în acest stadiu (mai tardiv), se pot extrage 10-30 celule extraembrionice (celule trophoectodermice), dar genetic identice, din țesutul care înconjoară embrionul. În mod curent, această metodă nu se aplică în practică fiindcă puțini embrioni fecundați „in vitro” ajung la stadiul de blastocist şi numai un număr mic dintre ei reuşesc să se implanteze în uter[33].

> Comentariu
>
> Prin fertilizarea in vitro (FIV), obținem mai mulți embrioni pentru un singur cuplu, după care urmărim cu tenacitatea unui „medic detectiv” o eventuală „tară genetică” a embrionilor pentru a-i putea „elimina”. În acest mod, noi devenim adevărați „medici polițişti” ce efectuăm numeroase avorturi care nu ar fi avut loc în mod normal. Cu toate acestea, ne considerăm medici care acționează spre „binele omului şi al societății”.

h) Crioprezervarea (înghețarea embrionilor)

– este etapa ce urmează după „selectarea” embrionilor sănătoşi prin diagnosticul de preimplantare;

– embrionii în „exces” şi sănătoşi, care nu vor fi transferați în uter, vor fi congelați în condiții speciale; există *bancă de țesut ovarian uman unde sunt stocate aceste oocite*;

– s-a dezvoltat această *tehnologie de crioprezervare* care permite depozitarea embrionilor pe termen lung;

– *embrionii vor fi înghețați în nitrogen lichid*, ei au putut fi transferați de la stadiul *de zigot până la blastocist*, ducând la creşterea numărului de sarcini;

– se fac studii despre potențialul genetic după crioprezervare, respectiv *posibila deteriorare a embrionului la temperatura camerei după dezghețare*, crescând riscul *aneuploidiilor* (boli cromozomiale prin aberații numerice)[34].

---

[33] Denisa Protopopescu, *op. cit.*, pp. 323-324;

[34] Ibidem, pp. 307-308;

Comentarii

– dintre embrionii criogenizați în zilele 1, 2, 3, 4, 5, numărul celor care au supraviețuit decongelării a fost: 87%, 33%, 43%, 12% şi, respectiv, 0%[35];

– şansele de supraviețuire a unui embrion criogenat sau congelat, iar apoi dezghețat, care putea să devină mai apoi sarcină diagnosticată clinic, erau de *15%*[36].

i) *Maturarea in vitro. Dezavantaje*

– unul din cele mai mari dezavantaje în FIV este *hiperstimularea ovariană controlată cu riscul de a nu obține un embrion;*

– un alt dezavantaj este *necesitatea existenței unor oocite proaspete, sănătoase, nedeteriorate, competente pentru diviziune,* fapt ce dezavantajează femeile ale căror ovare nu mai funcționează normal din cauza vârstei, diferitelor boli sau a insuficienței ovariene premature[37].

j) *Embriotransferul – ET*

– un procent de 87,5% dintre pacientele la care s-au colectat ovule sunt capabile de embrio-transfer, dar numai *21,1%* dintre ele vor procrea;

– *etapele ET sunt:*

1. transferul se face de la ziua 1 după colectarea de ovule până la ziua 5 în stadiul de blastocist;

2. este foarte important stadiul dezvoltării endometrului; şansa cea mai mare de implantare o are în zilele de 17-19 ale ciclului;

3. numărul embrionilor transferați este important, căci astfel rata sarcinilor multiple este în concordanță cu numărul de embrioni de bună calitate transferați; în prezent, marea majoritate a clinicilor limitează numărul embrionilor transferați la

---

[35] Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *Avortul. Întrebări şi răspunsuri. Să-i iubim pe amândoi*, Editura Provita Media, Bucureşti, 2007, p. 110;
[36] Ibidem;
[37] Denisa Protopopescu, *op. cit.*, p. 308;

2 pentru pacientele sub 35 de ani şi la 3 pentru cele trecute de 35 de ani, dar se ține cont că la pacientele în vârstă şansa obținerii unei sarcini scade;

4. embrionii sunt transferați în cateter într-un mediu vâscos pentru a facilita transferul;

5. locul de transfer embrionar în cavitatea uterină este în partea joasă a uterului, crescând rata sarcinii; embrionii trebuie să fie aproximativ la 1 cm proximal de fundul uterin; (transferul în partea de sus a uterului duce la creşterea riscului sarcinilor extrauterine);

6. după transfer, cateterul se scoate cu grijă[38].

Comentarii

– începând cu prelevarea ovulului matur şi până la naştere, o mare parte din embrionii creați se pierde în diferite stadii ale evoluției lor dificile. *Astfel, marea majoritate a ființelor umane create prin metoda FIV mor înainte de naştere*[39].

– după statisticele organizațiilor pro-vita, un procent redus de embrioni care variază între *1,6 şi 1,7 %* , ajunge să aibă un proces normal de gestație[40];

– urmărindu-se criteriul „eficienței", la început sunt creați mai mulți embrioni decât sunt necesari, unii dintre ei fiind o rezervă pentru un viitor tratament sau pentru experimente[41];

– se cunosc cazuri în care embrionii în exces sunt *utilizați pentru obținerea de produse cosmetice*; alții sunt păstrați prin congelare, fiind o rezervă pentru alte nereuşite ale procreației asistate[42].

---

[38] Ibidem; pp. 308-310;
[39] Larisa Ciochină, Constantin Iftimie, *O viziune asupra vieții,* Editura Provita Media, Bucureşti, 2003, p. 76;
[40] Ibidem;
[41] Ibidem, p. 77;
[42] Ibidem;

Rezultate

– rata sarcinii este de *25-30% prin Gift* față de *12-19% prin FIV*-ET şi, *în prezent, nu se cunosc îmbunătățiri* substanțiale;

– *sarcinile ectopice* după ET (embriotransfer), au loc în proporție de *4-5%*;

– rata sarcinii creşte cu numărul de embrioni transferați, dar creşte şi numărul de sarcini multiple;

– riscul *naşterii premature* (26-28 săptămâni) este de *12,8%;*

– procentul de *operații cezariene în FIV este de 45-55%;*

– *mortalitatea perinatală* în FIV este de *45/1000 naşteri* în Australia, 27 în Marea Britanie etc.;

– procentul malformațiilor congenitale în FIV nu diferă față de cel al populației generale[43].

Concluzii

1). *Care este rata de eşec în FIV?*

Dr. Claudia Kaminski (medic ginecolog din Germania, preşedintele mişcării „Dreptul la viață"), la Conferința Internațională Pro-Life din 10-12 octombrie 2002 de la Viena, intitulată „Medicul încearcă să ia locul lui Dumnezeu – Rătăcirile Medicinii Moderne", relatează despre un *studiu realizat în 26 de Centre de diagnostic de preimplantare din Europa, Australia şi SUA în perioada 1993-2000 la 886 de perechi* care au recurs la FIV, unde s-au constatat următoarele:

– *s-au născut 162 de copii din 123 de sarcini (multe fiind gemelare)*;

– au fost folosite 47 de ovule fecundate pentru fiecare naştere, deci pentru cele 162 de sarcini *s-au fertilizat artificial 9102 de embrioni!*

– în total, s-au creat pe cale artificială *9102 de embrioni*, dintre care s-au născut doar *162 de copii, deci un procent de 1,8% (rata de eşec fiind de 98,2%);*

[43] Denisa Protopopescu, *op. cit.*, pp. 311-312;

– în 132 de cazuri, s-au făcut alături de Dg. de preimplantare şi alte metode invazive şi s-au constatat şi embrioni bolnavi. Astfel, s-au făcut *7* avorturi terapeutice timpurii, în primele 3 luni de sarcină, şi alți *9* copii au fost practic distruşi în timpul gravidității printr-o tehnică numită „reductivă”. Pentru această tehnică, *se foloseşte o substanță numită clorură de calciu, care se injectează în inima copilului şi care îi va fi fatală*. Alți 2 copii au murit în timpul sarcinii. S-au născut şi 2 copii bolnavi. Deci, *18* copii au murit din cei 132, un procent de *13%*; una dintre mame a avut 5 embrioni, dintre care au fost „reduşi”2; la altă mamă, care a avut 3 embrioni, s-a făcut o „reducere”, rămânând cu 2 copii, dar a făcut o infecție în săptămâna a 22-a de sarcină şi i-a pierdut şi pe ceilalți 2[44].

În perioada 1989-1999, în Marea Britanie, peste 70.000 de embrioni umani au murit pe parcursul aplicării metodei FIV, născându-se 8.300 de copii pe această cale în aceeaşi perioadă. Literatura medicală prezintă aceste situații mult mai optimist[45].

2.) *Există efecte negative pe termen lung asupra femeilor care recurg la procedura FIV?*

– un studiu din 1993, efectuat de *Universitatea Stanford*, sugera că femeile cărora li se administrează medicamente pentru fertilitate, necesare în metoda FIV, erau supuse unui risc de 3 ori mai mare de a face cancer ovarian[46];

– *Dr. Claudia Kaminski* afirmă:

„S-a constatat o rată crescută a unor boli precum *diabet zaharat şi preeclampsia* (o HTA gravă care duce rapid la comă şi la moartea mamei). De asemenea, creşte *rata sarcinilor multiple*, în mod normal există un procent de 1,2% al sarcinilor gemelare, dar, prin FIV, acesta *creşte de 20 de ori*! Iar în 3% din cazuri există tripleți. Doar în Germania în ultimii 20 de ani s-au născut 9.000 de gemeni. O femeie poate purta, în mod normal, doar un

[44] Dr. Claudia Kaminski, *op. cit.*;
[45] Larisa Ciochină, Constantin Iftimie, *op. cit.*, p. 76;
[46] Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *op. cit.*, p. 110;

copil, cu puține excepții mai mulți. De aceea, FIV a dus la mari riscuri în cazul sarcinilor multiple (diabetul zaharat, preeclampsia, depresii nervoase etc.)"[47].

3). *Copiii creați prin FIV pot fi bolnavi*?

Prin diagnosticul de preimplantare, se distrug și multe așa-numite celule „cu potențial letal"; aceste celule se pot distruge mai ales în stadiul de morulă (embrion cu 8-10 celule); FIV duce frecvent la apariția unei boli cum ar fi *mucoviscidoză*, boală letală în timp, dar și la multe malformații, deoarece sunt distruse și celule sănătoase[48].

Dr. Wilke ne arată date asemănătoare, foarte îngrijorătoare: „în nașterile prin FIV au fost înregistrate *handicapuri majore congenitale* în proporție de 2,2% în comparație cu 1,5% în concepțiile normale. Din 633 de embrioni concepuți „in vitro" de către cea mai bună echipă în domeniu, sub conducerea dr. Alan Trounson, doar 45 sau 7% din embrioni au trăit până la naștere. Adică a existat o pierdere de embrioni de 93% sau 12 din 13 embrioni au murit. Printre copiii născuți prin FIV, există de șase ori mai multe cazuri de transpoziție cardiacă față de media națională și de cinci ori mai multe cazuri de spina bifida. Decesele la naștere și decesele în primele trei luni de la naștere depășesc de trei ori media națională"[49].

4). *Ce se întâmplă în sarcinile multiple?*

– în cazul sarcinilor multiple, se recurge la așa-zisele *„reduceri", prin omorârea copiilor „în exces"*. În acest scop, se folosește o substanță numită *clorură de calciu, care se injectează în inima copilului și care îi va fi fatală*. Frecvent, apar *depresii nervoase* la mamă după aceste ucideri[50];

– sarcinile multiple realizate prin FIV implică și reducția embrionară; asta înseamnă că mulți embrioni sunt eliminați ca să se îmbogățească șansele de supra-

---

[47] Dr. Claudia Kaminski, *op. cit.*;
[48] Ibidem;
[49] Dr. John C. Wilke, Barbara H. Wilke, *op. cit.*, pp. 110-111;
[50] Dr. Claudia Kaminski, *op. cit.*;

viețuire a unuia sau a doi embrioni; actul de eliminare din organism în mod programatic a unor embrioni reprezintă un avort, un homicid[51].

5). *Aspectul moral al FIV*

– *Fecundarea in vitro e inacceptabilă prin însuşi faptul că se consumă în afara trupului* uman; suprimarea embrionilor supranumerari este o crimă, ca şi avortul[52];

– *Prof. H. Tristram E.*, în cartea „Fundamentele Bioeticii Creştine", arată problema morală a producerii în exces de embrioni: „cea mai evidentă chestiune morală pusă în joc de fertilizarea *in vitro* e legată de producerea în „exces" de zigoți şi embrionii timpurii care riscă să fie congelați sau distruşi". Îl dă exemplu pe *Sfântul Vasile cel Mare* care susține că: „ucigaş este cel ce ucide un embrion neformat sau imperfect , întrucât acesta deşi nu e încă o ființă completă, era menit să se desăvârşească în viitor, potrivit succesiunii neapărate a legilor firii"[53];

– „Începutul ființei umane se petrece deci, prin unirea nu doar biologică, ci şi spirituală a părinților prin legătura căsătoriei. Un act de procreare lipsit de expresia fizică este privat de comuniunea interpersonală dintre cele două corpuri fizice. Caracteristica iubirii conjugale este totalitatea şi deplinul dăruirii celor două persoane, de aceea, substituirea actului corporal cu tehnica determină o reducere a lui la simplitatea unui gest tehnic. Fertilizarea extracorporală a fost astfel asimilată cu fecundarea extraconjugală. Părinții sunt doar o terminologie în cazul fertilizării in vitro. *Cine împlineşte faza decisivă a procreării este un străin sau o echipă de străini*, în locul cuplului. Din acest motiv, se înțelege de ce actul de iubire conjugală este considerat în învățătura Bisericii ca unica modalitate demnă de procreare umană"[54].

---

[51] Larisa Ciochină, Constantin Iftimie, *op. cit.*, p. 77;
[52] Părintele Juvenalie, *op. cit.*, p. 203;
[53] H. Tristram Engelhardt jr., *op. cit.*, p. 339;
[54] Cristina Gavrilovici, *op. cit.*, p. 84;

– FIV, ea însăşi o metodă imorală, a deschis din nefericire drumul şi spre alte metode cu totul imorale, precum donarea de ovule, donarea de embrioni, surogatul, experiențe pe embrioni etc.

Alte aspecte ale fertilizări in vitro (FIV)

1. *donarea de oocite (ovule)*;
2. *donarea de embrioni*,
3. *surogat*.

1. *Donarea de ovule*

Cazurile în care se recurge la donare de oocite:

– prima donare de oocite s-a făcut în 1983[55];

– inițial, s-a efectuat la pacientele cu *insuficiență ovariană primară*, apoi s-a extins procedeul şi la alte grupuri de paciente, precum cele *în vârstă* şi *pacientele purtătoare de boli genetice*[56];

– *cuplurile purtătoare de boli genetice sau anomalii cromozomiale au dreptul de a cere donare de oocite; diagnosticul prenatal permite cuplurilor să recurgă la FIV, biopsia embrionului preimplantat şi transferul de embrioni normal*i[57];

Sursa de oocite donate

– în Anglia, legislația permite donori sub 35 de ani.

– nu se folosesc donorii în vârstă din cauza riscurilor anomaliilor genetice; donorii sunt *voluntari*, adică femei care doresc să ajute pacientele necunoscute sau prietenele;

– donatori pot fi şi *femeile sterilizate* prin legarea trompelor uterine;

– *donarea de la o rudă* (soră sau altă rudă foarte apropiată) permite recipienților să aleagă cine va da materialul genetic pentru copil şi permite donorilor să cunoască sau nu copilul în urma tratamentului[58];

---

[55] Dr. Denisa Protopopescu, *op. cit.*, p. 330;
[56] Ibidem;
[57] Ibidem, p. 331;
[58] Ibidem, p. 332;

– *după FIV, pot rămâne oocite în exces pe care cuplurile le pot dona altor cupluri* străine[59];

– *donatoare „profesioniste" sunt cele care îşi vând oocitele*; acest fapt este interzis în unele ţări, cum ar fi Anglia, în scopul prevenirii exploatării comerciale şi din respect pentru demnitatea umană; în SUA, plata oocitelor donate este permisă legal cu scopul compensării morale a efortului, timpului şi riscului asumat de donori[60];

– *donorii de oocite sunt testaţi* genetic şi de boli infecţioase pentru a preveni transmiterea unor boli (SIDA, hepatita B, hepatita C etc.)[61].

– primitoarele de oocite sunt, de asemenea, testate pentru aceste boli; sunt, de asemenea, efectuate şi alte teste precum grupul sanguin şi factorul Rh, glicemia, testul Papanicolau, imunitatea la rubeolă[62].

– statutul legal al copilului rezultat după donare de oocite este clar în Anglia, dar nesigur în alte ţări; *decizia de a spune sau nu copilului despre originea sa genetică aparţine familiei*[63].

2. Donarea de embrioni:

– în 1983, Leeton şi colab. au descris prima sarcină după transferul de embrioni donaţi;

– în prezent, transferul de embrioni *este o formă a reproducerii asistate implementată cu succes la cuplurile la care ambii parteneri sunt subfertili*[64];

– unic în această formă de reproducere asistată este că se transferă un embrion unui cuplu cu care acesta nu are nicio legătură genetică[65];

---

[59] Ibidem;
[60] Ibidem;
[61] Ibidem, p. 333;
[62] Ibidem;
[63] Ibidem, p. 334;
[64] Ibidem, p. 335;
[65] Ibidem;

– cazurile la care se indică transferul de embrioni sunt: purtători de boli genetice sau anomalii cromozomiale; insuccesul repetat al FIV; partener subfertil (insuficiență testiculară primară sau afecțiuni genetice) şi femei cu insuficiență ovariană primară, insuficiență ovariană secundară chimioterapiei, radioterapiei[66].

Donorii de embrioni:

– cupluri care au efectuat cicluri de fertilizare in vitro (FIV) şi *au embrioni în plus crioprezervați* (congelați);

– în America, cuplurile care donează embrioni trebuie să aibă vârsta cuprinsă intre 18 şi 36 de ani;

– donorii (la fel şi primitorii) de embrioni sunt testați pentru boli în acelaşi mod ca şi donorii de oocite[67].

3. Surogatul

– Când un cuplu îşi doreşte copii, dar femeia nu poate menține o sarcină din motive de boli uterine (absența uterului, uter operat şi scos din diferite motive de boală), el recurge la o gazdă surogat;

– Prin metoda FIV se vor „crea embrioni" cu bagajul genetic al cuplului; apoi embrionii vor fi transferați la o gazdă;

– *Femeia care primeşte aceşti embrionii creați de un cuplu prin metoda FIV (prin mixarea ouălor cu sperma soțului) se numeşte gazdă surogat sau gazdă*; mama surogat trebuie să fie sănătoasă, să aibă sub 38 de ani şi să aibă cel puțin un copil[68];

Comentarii

FIV omoloagă se referă la situația în care concepția se realizează între cei doi gameți (ovul şi spermatozoid) provenind de la părinții biologici;

FIV heteroloagă se referă la situația în care intervine şi a treia persoană. Putem avea *trei situații distincte*: a).

---

[66] Ibidem;

[67] Ibidem;

[68] Ibidem, pp. 336-337;

când este folosit un oocit (donare de ovul) provenind de la un donor, iar copilul va avea genele tatălui biologic şi genele donorului; b). când se recurge la o mamă gazdă (surogat) care va purta embrionii unui cuplu, iar copilul va avea genele ambilor părinți, fiind, însă, „găzduit" de mama surogat; c). când se face transferul unui embrion străin unei mame (cuplul primitor), care nu are nicio legătură genică cu acest copil[69]. Aceste situații pun anumite *probleme de natură etică*:

– *statutul cuplului* este amenințat de două ori: întâi prin interferența unei a treia persoane şi, în al doilea rând, prin faptul că fecundația se consumă în afara uterului matern[70];

– *identitatea nenăscutului*: consecințele sunt grave şi stranii. Când se face recurs la o bancă de embrioni, care sunt implantați după moartea tatălui, vorbim de aşa-zişii „copii de dincolo" (când femeia văduvă doreşte un copil de la soțul mort); dacă se face recurs la o bancă de spermă şi se nasc mai mulți copii de la acelaşi donator, aceştia riscă să devină consangvini dacă se vor căsători între ei, neştiind că sunt frați după un părinte[71];

– *mamele surogat*: situația copilului este complicată – în timp ce moşteneşte patrimoniul genetic de la două persoane care sunt părinții biologici, el este hrănit şi „adăpostit" în uterul altei femei, mama surogat sau gazdă[72]; mama surogat, după naştere, trebuie să abandoneze copilul permițând astfel părinților biologici să-l înfieze, după ce aceştia l-au luat în îngrijire ca asistenți sociali. Abandonul însă este restrictiv, se pedepseşte după lege, iar o femeie sau un bărbat, dacă nu sunt căsătoriți, nu-l pot înfia. Nu avem date despre felul în care sunt rezolvate aceste dileme în România pe fondul unei lipse a legislației în domeniul fertilizării artificiale[73].

---

[69] Părintele Juvenalie, *op. cit.*, p. 197;
[70] Ibidem, p. 197;
[71] Ibidem, p. 198;
[72] Ibidem, p. 199;
[73] Larisa Ciochină, Constantin Iftimie, *op. cit.*, pp. 78-79;

FIV şi experimentele pe embrioni. Inginerie genetică.

– *legislația unor state aprobă utilizarea embrionilor şi chiar şi a fetilor* obținuți prin avort spontan sau provocat în scopuri experimentale. Motivațiile sunt două: embrionilor umani li se neagă caracterul uman şi se invocă rațiuni de tip ştiințific „terapeutic"[74].

– o parte din *embrionii în exces şi congelați* sunt *cedați laboratoarelor de cercetare* şi pot fi folosiți pentru obținerea, prin clonare terapeutică, de țesuturi sau organe de rezervă, necesare operațiilor de transplant[75].

– „Prin *inginerie genetică*, se înțelege *ansamblul de tehnici prin care omul intervine asupra codului genetic.*[...]. Efectele tehnologiei ADN-ului recombinat este mult mai mare decât în cazul fertilizării artificiale. Eventuale *schimbări ale codului genetic* care trebuie înțeles ca un patrimoniu al întregii omeniri, presupun schimbări care ar putea afecta în timp generații întregi. Toate tehnicile uzuale, specifice ingineriei genetice, urmăresc transferul unei informații genetice noi în structura celulară a unei ființe vii. Este vorba de recunoaşterea şi izolarea unor gene care determină diverse boli genetice urmărindu-se prevenirea lor sau se opreşte evoluția şi transmiterea lor la urmaşi [...]. Hărțile genetice permit localizarea genelor, a cromozomilor şi a enzimelor. Acestea sunt necesare pentru localizarea genelor asociate cu anumite maladii[76].

– Toate cercetările şi aplicațiile din domeniul genetic ar trebui să fie orientate în sensul salvării vieții şi identității genetice a oricărui individ uman. *Alterarea patrimoniului genetic* al unei persoane, pericol care a devenit iminent, reprezintă o gravă ofensă adusă umanității şi se cuvine să fie înțeleasă ca un semn al dominației omului asupra altui om. În această categorie, intră şi *schimbarea sexului embrionului* prin injecție de ADN[77].

[74] Părintele Juvenalie; *op. cit.*, p. 200;
[75] Larisa Ciochină, Constantin Iftimie, *op. cit.*, p. 76;
[76] Ibidem, p. 83;
[77] Ibidem, p. 84.

CAPITOLUL IX

HOMOSEXUALITATEA (INVERSIUNE SEXUALĂ / SODOMIE / PERVERSIUNE SEXUALĂ)

1). Istoric:

– din cele mai vechi timpuri, vin mărturii care atestă comportamentul homosexual, etichetat ca *anormal*;

– nu acelaşi lucru s-a putut constata în ţări necreştinizate precum *Grecia antică*, pe vremea când oamenii mai credeau încă în zei. Vechea Grecie, mai mult decât oricare altă civilizaţie, acorda un loc oficial iubirilor masculine. Comportamentul sexual al vechilor greci a fost pe rând motiv de stânjeneală, de denigrare sau, din contră, de elogiu pentru istorici[1].

– *în Europa*: încă din primele secole ale *erei creştine*, oamenii, în general, şi *teologii*, în special, au condamnat în mod absolut relaţiile homosexuale. Termenul *sodomie* denumeşte domeniul imens al actelor sexuale lipsite de finalitate procreatoare, pe care Biserica le denunţă: coitus *interruptus*, masturbarea, felaţia, coitul anal heterosexual şi homosexual etc.[2]. „Există însă un motiv mai profund al învăţăturii creştine care justifică împotrivirea faţă de actul homosexual: înclinaţia unora pentru

[1] Sorin Spineanu-Dobrotă, *Homosexualitatea: Normal sau patologic*, Editura Tritonic, Bucureşti, 2005, pp. 50-51;
[2] Ibidem, p. 60;

unirea fizică cu persoane de acelaşi sex este contrară proiectului divin, dispreţuind Creaţia şi încălcând diferenţele stabilite de Dumnezeu. Astfel, în Levitic sau a Treia Carte a lui Moise (din Vechiul Testament), apare termenul de *ticăloşie,* iar în unele traduceri chiar de *crimă* pentru a desemna relaţia homosexuală, una din negările pactului dintre Dumnezeu şi oameni”[3]. *Creştinul* cunoaşte foarte bine episodul distrugerii Sodomei şi Gomorei, prefăcute în cenuşă de mânia divină pentru excesele comise de locuitorii Sodomei, socotite a fi de tip homosexual;

– *în Evul Mediu:* Biserica se arată intolerantă faţă de eretici, la fel fiind consideraţi şi homosexualii, lupta împotriva ereticilor şi infidelilor fiind mai aprigă în perioada 1150 – 1250. Primul conciliu care condamnă sodomiţii este cel de la Naplus în 1220 în Ţara Sfântă, cel mai important fiind însă cel de la Latran în 1179, care condamnă sodomia şi îi excomunică pe laicii vinovaţi de *crime împotriva naturii;*

– *Iluminismul şi „păcatul filozofic”*: în sec. al VII-lea, mai marii regatului îşi ascundeau cu greu gusturile sexuale. Revoluţia din 1789 a şters, însă, pentru totdeauna această noţiune de „crimă contra naturii” atribuită homosexualilor în secolele medievale. Se cunoşteau mulţi regi şi prinţi cu astfel de înclinaţii sexuale, atât în Anglia cât şi în Franţa. În acest secol al iluminismului, homosexualitatea era denumită „păcat filozofic”. Acest păcat nu era doar unul al elitelor, ci era prezent în toate mediile sociale. În timp, condamnările şi procesele pentru sodomie au dispărut, iar execuţiile prin foc au devenit evenimente foarte rare. În 1787, Austria reducea condamnarea homosexualilor de la pedeapsa cu moartea la pedeapsa cu închisoarea pe viaţă[4].

Homosexualitatea astăzi

– *Preşedintele S.U.A., G. Bush,* semna în 1990 o lege care pro-

---

[3] Ibidem;
[4] Ibidem; p. 65;

tejează homosexualii din punct de vedere juridic împotriva violențelor comise de persoane homofobe[5].

– i-au urmat alții, cu predominanță în *țările anglo-saxone,* spre deosebire de țările latine care au rămas mai conservatoare. Motivul principal a fost predominanța în țările latine a Bisericilor Ortodoxe şi Catolice care întotdeauna s-au opus cu vehemență acestui păcat care nu trebuie privit ca o stare de normalitate, ci ca una împotriva firii. Cu timpul, însă, Guvernele acestor țări nu au mai ascultat de vocile Bisericii, acționând în numele „democrației" şi oferind tot mai multe drepturi acestei minorități sexuale;

– *în Suedia,* pe parcursul ultimilor 10 ani, politicile oficiale şi legislația au întărit drepturile legale ale homosexualilor, cerând toleranță față de acest grup[6].

– *România* a fost încurajată să abroge art. 200 din Codul Penal. În mai 1998, Preşedinția Uniunii Europene saluta inițiativa legislativă a Guvernului României de amendare a Codului Penal în ceea ce priveşte dezincriminarea relațiilor homosexuale. S-a trecut la fapte în *21 iunie 2001, când Guvernul României a adoptat Ordonanța de urgență nr. 89/2001, care a abrogat articolul 200 din Codul Penal* şi a modificat textele altor articole care se referau la infracțiuni privitoare la viața sexuală, *pentru a elimina orice discriminare pe motiv de orientare sexuală din Codul Penal*[7].

Legislație. Drept şi homosexualitate în lume

– nu există discriminări legale în 36 de state americane, precum nici în alte țări, dintre care şi *România* şi *Moldova*;

– în *Uniunea Europeană, fenomenul homosexualității nu mai este reprimat*, dar există diferențe în materie de sancțiune a ho-

---

[5] Ibidem, p. 71;

[6] Dr. Genoveva Tudor, *Bolile homosexualilor – un documentar medical la zi*, Editura Christiana, Bucureşti 2005, p. 36;

[7] Sorin Spineanu-Dobrotă, *op. cit.*, p. 183;

mosexualilor, în reglementarea căsătoriei gay şi în privința adopției copiilor de către cuplurile de homosexuali[8].

La ora actuală: procentul homosexualilor din populație creşte îngrijorător. Cifra majoritar acceptată este în jur de **10%**, deşi cifra este disputată de ambele tabere. O idee mult mai răspândită este aceea că cifra de 10% este cea conservatoare, în realitate ea fiind mai mare. Cele mai mari estimări ajung la *25%*[9].

2). Abordare psihologică şi psihiatrică: evoluția homosexualității de la „boală" la „normalitate"

A). *Homosexualitatea ca boală*

Homosexualul a fost considerat un *suferind*, medicii şi psihiatrii folosind diferite *terapii* pentru *vindecarea* homosexualității: intervenții chirurgicale (extirparea unui lob al creierului, considerat a fi centrul activității sexuale), electroşocuri, injecții cu hormoni şi substanțe psihodepresive cu rol în inhibarea apetitului sexual etc.

Sigmund Freud, în 1905, a readus în discuție teoria conform căreia homosexualitatea ar fi *înnăscută* şi a considerat-o un rezultat al unui *„blocaj în stadiul infantil"*. Afirmând *teoria de bisexualitate originară a ființei umane*, teoria freudiană a contribuit la o mai mare toleranță. În Franța, această teorie a avut un mare ecou, în mediile intelectuale fiind considerată un mare succes. Mai mult decât psihiatrii sau psihanaliştii, *medicii progresişti* au contribuit la evoluția mentalităților. *Englezul de origine americană Havelock Ellis îşi publica în 1897 lucrarea „Sexual Inversion" (Inversiune Sexuală), ajutat de prieteni şi militanți homosexuali,* devenind un nume de referință în ceea ce priveşte caracterizarea homosexualității: „homosexualitatea dobândită

[8] Ibidem; p. 162;
[9] Dr. Evelyn Cristescu, *Comportamente sexuale – ROMEDIC, ghid medical online;*

este foarte rară". Astfel, el devine primul autor care simpatiza homosexualii. I-au urmat alți scriitori, precum germanul Magnus Hirschfeld, medic şi militant homosexual, care dezvoltă teoria expusă de Karl Ulrich, care consideră că homosexualul este *„un suflet de femeie prizonier într-un corp de bărbat"*[10].

În România, până nu demult, homosexualitatea era considerată, din punct de vedere psihiatric, *o tulburare majoră de comportament sexual, caracterizată prin realizarea actului sexual între indivizi de acelaşi sex.*

- pentru homosexualitatea *masculină,* termenii folosiți erau *sodomia şi pederastia*, iar pentru homosexualitatea *feminină, lesbianismul şi sofismul;*
- homosexualitatea poate fi *totală, periodică* sau numai pentru *o singură perioadă,*
- unii homosexuali pot fi şi *bisexuali,* adică întrețin şi relații heterosexuale[11].

Cauzele homosexualității

- sunt probleme încă *neclarificate*,
- după V. Săhleanu, homosexualitatea este un „fenomen omogen" şi invertirea libidoului poate avea multiple cauze şi mecanisme, unele *constituții somato-psihice şi endocrine* fiind mai predispuse la această deviație de comportament sexual;
- homosexualitatea, pe lângă devierea propriu-zisă a comportamentului sexual, se caracterizează şi prin modificarea în general a comportamentului, *această categorie prezentând un caracter antisocial şi o patologie de adaptare*[12].
- la ora actuală, *homosexualitatea nu mai este considerată o moştenire genetică*, ci o *consecință a conviețuirii cu părinți homosexuali, o consecință a incestului, a abuzului moral în copilărie sau a relațiilor cu profesori homosexuali* care nu sunt nici pe departe in-

[10] Sorin Spineanu-Dobrotă, *op. cit.*, pp. 71-73;
[11] Petrache Vârtej, *Ginecologie*, Editura ALL, Bucureşti, 1997, p. 324;
[12] Ibidem;

ofensivi. A apărut, astfel, un nou capitol, cel al bolilor care decurg din practica homosexualității sau care sunt mult mai frecvente ca urmare a homosexualității[13].

Homosexualitatea masculină are 5 forme (tipuri) de manifestare:

a) inversiunea reală: caracterizată prin repulsie evidentă şi manifestă față de sexul opus, ei căutând realizarea sexuală doar cu indivizi de acelaşi sex;

b) inversiunea facultativă, adică *ambisexualitatea,* în care indivizii au relații sexuale normale, heterosexuale, dar au şi relații homosexuale. Este forma care *contribuie în cea mai mare măsură la proliferarea infecției cu HIV-Sida*.

c) inversiunea de circumstanță, în care deviația sexuală se manifestă numai în anumite condiții, în restul timpului individul fiind aparent normal;

d) inversiunea latentă este forma încă nemanifestată a homosexualității care poate evolua fie către forma de circumstanță, fie către cea facultativă sau spre cea reală. Depistată la timp şi tratată, poate readuce individul la o viață normală;

e) inversiunea simptomatică este forma în care homosexualitatea este o *sechelă* a unor afecțiuni de tipul psihozei maniaco-depresive, encefalitelor, schizofreniei etc. (Stoica T.)[14].

Tratamentul era considerat necesar! Era un tratament de psihanaliză, iar, la nevoie, şi psihiatric.

Despre homosexualitatea feminină nu se vorbeşte decât foarte rar, nefiind considerat necesar un tratament[15].

B) Homosexualitatea – normalitate?

Fenomenul homosexualității a suscitat o serie de confruntări care au avut ca principal obiect menținerea apartenenței

[13] Dr. Genoveva Tudor, *op. cit.*, pp. 6-7;
[14] Petrache Vârtej, *op. cit.*, p. 325;
[15] Ibidem;

acestei orientări sexuale în cadrul domeniului medical al psihiatriei, deci al patologiei umane sau, dimpotrivă, plasarea ei în domeniul normalităţii antropologice. *Încadrarea nosologică şi taxonomică a homosexualităţii este reflectată în evoluţia Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM)*, instrumental taxonomico-diagnostic şi statistic oficial[16].

1). *În DSM (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disordres –* Manualul de Diagnostic şi Statistică al Bolilor Mentale), homosexualitatea este pentru prima dată *scoasă* din clasificarea care o încadra la *perversiuni sexuale majore.* Astfel, *în DSM-I din 1952,* homosexualitatea devine *o tulburare de personalitate sociopată,* una dintre multiplele forme de deviaţie sexuală.

2). *În DSM-II din 1968,* homosexualitatea este exclusă şi din categoria tulburărilor de personalitate, dar *rămâne o deviaţie sexuală, alături de fetişism, pedofilie, travestitism, exhibiţionism, sadism sau masochism*[17].

3). *În DSM-III din 1980*, homosexualitatea este exclusă din categoria parafiliilor şi face acum parte dintr-un cadru rezidual numit „alte tulburări psihosexuale".

4). *În DSM-III R din 1987*, continuă procesul de scoatere a homosexualităţii din cadrul patologiei psihice, devenind o tulburare sexuală nespecifică, luând formularea de *„suferinţă persistentă şi marcată privind propria orientare sexuală".*

5). *În continuare, în toate ghidurile psihiatrice, precum ICD* (Clasification of Mental Disorders, ghidurile de clasificare a bolilor Mentale ş.a), *homosexualitatea nu mai este considerată o deviaţie sexuală (în ICD – 10 din 1990)*, ci este considerată *„o tulburare psihologică asociată cu dezvoltarea şi orientarea sexuală, în acest ultim cadru fiind marcată orientarea sexuală egodistonică". Dar nici homosexualitatea egodistonică nu mai este o tulburare mintală decât în anumite condiţii,* respectiv când pentru individ ea devine pro-

[16] Sorin Spineanu-Dobrotă, *op. cit.*, p. 74;
[17] Ibidem; p. 75;

blematică, adică atunci când individul doreşte să fie diferit de ceea ce este de fapt, situație cauzată de o serie de tulburări psihologice şi comportamentale asociate, motiv pentru care poate solicita tratament.

6). *Actualele sisteme de clasificare, DSM-IV şi ICD–10, exclud homosexualitatea din rândul tulburărilor psihopatologice psihiatrice*, considerând-o *variantă particulară a opțiunii sexuale*[18].

Alte opinii moderne

Sexologia mondială modernă pune din ce în ce mai mult *problema domeniului normalității*, care se defineşte nu în funcție de o cultură umană imuabilă, ci în funcție de normele sociale în schimbare. Homosexualitatea *nu este în sine o boală mintală care să necesite un tratament*. Intervenția medicului sau a psihologului nu se justifică decât dacă subiectul suferă de conflicte interioare sau de dificultăți relaționale. *Scopul terapiei nu va fi acela de modificare a comportamentului celui asistat, ci de a-l ajuta să regăsească echilibrul interior*"[19].

În opoziție cu această „abordare modernă", o recentă organizație americană are o cu totul altă părere despre tratarea homosexualilor. „*NARTH*" (National Association for Research and Therapy of Homosexuality) este o asociație neguvernamentală, cu sediul în Encino, California, SUA, înființată în anul 1992 de către psihologul Joseph Nicolosi, împreună cu psihologul Charles Socarides şi profesorul de Psihiatrie Benjamin Kaufmann. *Ei consideră că această orientare sexuală poate fi schimbată cu ajutorul unui tratament şi că ei suferă, de fapt, de un deficit al identității sexuale care necesită o „reparație stringentă"*[20].

O părere mai pesimistă o are psihologul Haldemann, *care consideră că nu există o terapie reparatorie, după cum afirmă cei de la NARTH, şi că ea reprezintă o ştiință falsă*. El consideră că nu

[18] Ibidem, p. 71;
[19] Sorin Spineanu-Dobrotă, *op. cit.*, pp. 61-70;
[20] http://de.wikipedia.org/wiki/NARTH ;

există nicio terapie funcțională care să poată schimba o orientare sexuală care durează de un timp mai îndelungat[21].

Concluzia la care ajunge *sociologul Sorin Spineanu-Dobrotă* este surprinzătoare, chiar şocantă: „*…majoritatea bărbaților sunt posibili bisexuali, fie că o ştiu sau nu, fie că îşi valorifică posibilitățile sexuale sau nu. A fi potențial bisexual este aşadar un dat, iar a deveni heterosexual este cazul cel mai răspândit*"[22].

Comentarii

– *omul*, cea mai importantă ființă de pe acest pământ, trebuie considerat a fi o ființă ce posedă un suflet, deci o ființă spirituală. Ca urmare, premisele *Medicinii clasice sunt total greşite*. Orice boală sufletească are repercusiuni şi asupra trupului şi invers, orice boală trupească se răsfrânge într-o oarecare măsură şi asupra sufletului.

– din nefericire, nici psihologii (Freud ş.a.), nici psihiatrii *nu* au luat şi nu iau în seamă această realitate, tratând *omul ca pe o ființă animalică*, ce este doar cu rațiunea şi limbajul superior acestora. Ei nu văd în om „creația lui Dumnezeu după chipul şi asemănarea Lui";

– această *rătăcire* a existat şi va exista mereu la toți medicii care nu sunt creştini, fie ei sociologi, ginecologi, psihologi sau psihiatri, motiv pentru care nici boala psihică nu va putea fi înțeleasă sau tratată ca atare, rezultatul fiind *fie un tratament aplicat greşit trupului când suferim cu sufletul, fie lipsa unui tratament când nu găsim nicio boală trupească (organică). Acest lucru se întâmplă în cazul homosexualității*. Ei suferă cu sufletul, dar tratament medical nu este pentru această boală sufletească, ea necesitând tot un leac sufletesc. Aici intervine rolul Bisericii, al preotului duhovnic. De asemenea, pentru cei

[21] D. Haldeman, *The Pseudo-science of Sexual Orientation Conversion Therapy*, Angles, 4 (1), 1–4. Washington, DC: Institute for Gay and Lesbian Strategic Studies;

[22] Sorin Spineanu-Dobrotă, *op. cit.*, p. 221;

mai puțin sau deloc credincioşi, Dumnezeu a lăsat pe *psihologi* să trateze această afecțiune, dar puțin sunt acei psihologi care abordează problema în mod creştin, încercând schimbarea „unei orientări greşite” şi salvarea acelui suflet;

– dacă omul se naşte cu un potențial bisexual (concluzia la care ajunge autorul cărții citate în acest capitol), atunci ce rost ar mai fi avut ca Dumnezeu să ne facă „bărbat şi femeie”, când puteam fi amândouă, schimbându-ne înclinațiile sexuale, dar şi sexul când dorim noi să o facem, adică bietul copil să aibă uneori o mamă, iar la scurt timp să-i fie tată şi invers. Ar fi supraviețuit omenirea unui astfel de haos? Categoric, nu!

– *scăderea credinței în lumea Occidentală* sau r*ătăcirea lor în diferite secte* a dus la înmulțirea cazurilor de homosexuali, lipsind educația creştină a copiilor care sunt expuşi acestui viciu. Negăsind leac, ei caută să-i convingă şi pe cei din jur (adică pe majoritatea normală) că orientarea lor sexuală este firească şi perfect normală. *Psihologii se contrazic atât la cauzele acestei afecțiuni, cât mai ales la terapie*, unii considerând-o necesară şi cu posibilă vindecare (NARTH), alții, dimpotrivă, necrezând că este necesară o tratare a acestei orientări sexuale. Ca urmare, trebuie doar ajutați să rămână şi să trăiască cu ea, dar în mod echilibrat (...). Cu alte cuvinte sunt încurajați…

– această *minoritate sexuală reprezintă un grav atac la familia creştină, la integritatea ei*. Se încearcă să ni se impună alte valori decât cele cu care ne-am născut şi cu care a reuşit să existe omenirea până în zilele noastre.

– *căsătoria între homosexuali este rezultatul încurajării lor* de către organele de conducere a unor țări care au scos de sub incidența legii această boală, dar şi a marilor greşeli făcute de către medicii psihiatri care au făcut un grav compromis nerecunoscând homosexualitatea ca afecțiune psihiatrică, fiindcă nu s-au mai opus presiunilor care s-au făcut de-a lungul timpului asupra

lor. Au catalogat-o, în cele din urmă, într-un cadru de normalitate, fiind mai comod pentru toţi…

– *adoptarea de copii*, următorul pas al homosexualilor, va fi începutul unor generaţii de copii cu o moralitate îndoielnică, cu traume psihice, cu repercusiuni grave în viaţa lor de adult, ajungând în final, cu mare probabilitate, şi ei homosexuali.

– *în final*, vom avea o societate bolnavă, care uită cu desăvârşire că c*ei mai mari sfinţi, poeţi, oameni de ştiinţă etc. s-au născut din familii normale (având tată şi mamă), familii creştine cu copii cu o sănătate morală de netăgăduit.*

O abordare psihologică creştină

Dr. Thomas Brecht (psiholog)

– Trebuie să ţinem cont de faptul că *Asociaţia de Psihiatrie din America a declarat acum câţiva ani că homosexualitatea nu reprezintă o problemă psihiatrică sau emoţională, decât în cazul în care pacientul o consideră ca atare*. Această declaraţie este acum luată în discuţie în multe cercuri psihiatrice şi psihologice, mulţi terapeuţi refuzând să trateze homosexualitatea ca pe o tulburare mentală;

– Aceasta este o inversare interesantă de roluri pentru specialiştii care ţin la funcţia lor de diagnostician. De fapt, ca titlu neoficial, putem menţiona faptul că *mulţi specialişti în boli mentale, care au participat la congresul în care homosexualitatea a fost scoasă de pe lista de diagnostice, au confirmat faptul că organizaţiile de homosexuali au făcut mari presiuni asupra delegaţilor*. Această activitate de lobby-ing a început chiar în momentul în care delegaţii au intrat în sală pentru a vota! Un delegat şi-a manifestat chiar indignarea faţă de modul în care Convenţia a fost manipulată – de parcă ar fi posibil ca o boală să nu se mai bucure de atenţia terapeuţilor numai pentru că majoritatea a votat aşa!

– În general, pacienţii homosexuali pe care i-am consultat în anii în care am practicat psihoterapia *se împart în două categorii: în prima categorie intră cei care nu sunt mulţumiţi cu această situaţie, iar în a doua, cei care sunt con-*

vinşi că homosexualitatea face parte din „identitatea" lor. În ambele cazuri, există o nemulțumire ascunsă, astfel încât chiar şi al doilea tip de pacient – şi el vine pentru tratament – simte inconştient că ceva nu este în regulă. Este vorba aici, pur şi simplu, de influența grupurilor de homosexuali, care se erijează în terapeuți liberali de alinare a conştiințelor, dar şi de o biserică a homosexualilor care susține astfel de înclinații şi care a dat satisfacție homosexualilor în problema lor, care nu este una reală. O astfel de satisfacție iluzorie are tot atâta logică pe cât are neutralizarea unei nenorociri printr-un vot majoritar;

– În tratarea pacienților homosexuali, am recurs adesea mai întâi la un punct de vedere behaviorist. Impulsul homosexual pe care aceştia îl încearcă este în esență neutru din punct de vedere al evoluției personalității lor, astfel că el se poate concentra fie asupra sexului, fie asupra unui proces creativ, nesexual. *Cu alte cuvinte, „homosexualitatea" poate fi percepută ca un răspuns dobândit – unul care este în mod tragic consolidat de cei care prezintă această condiție ca pe o stare „naturală" sau o „alternativă" pozitivă. Pacientul homosexual trebuie tratat ca şi cum energia sa a fost greşit direcționată, iar terapiile care pornesc de la această ipoteză chiar dau rezultate.*

– Mai există, desigur, şi *dimensiunile psihodinamice ale homosexualității, cum ar fi ura față de sine, față de familie şi de societate*. Comportamentul sexual aberant este astfel folosit pentru a-i pune pe ceilalți într-o situație jenantă şi umilitoare sau pentru „a le plăti cu vârf şi îndesat" celorlalți. *Dar comportamentul homosexual se învață şi se consolidează*. El poate fi canalizat într-o altă direcție. Odată realizat acest lucru, putem să luăm în considerație cu seriozitate factorii psihodinamici care duc la un comportament aberant.

– *Ca să rezumăm, vom spune că homosexualitatea este strâns legată de impulsurile psihologice greşit direcționate*, de modurile de comportament nepotrivite şi de proble-

mele psihodinamice care ating profunzimile personalității. Este o boală, în sensul strict al acestui cuvânt.

– În ceea ce priveşte *homosexualitatea şi semnificația morală* a acesteia, trebuie să subliniem faptul că *Biserica Ortodoxă există pentru reînnoirea omului, pentru readucerea lui la o stare sănătoasă, dumnezeiască*. Tot ceea ce este imoral ține nu de nerespectarea unei legi, ci de încălcarea legilor „naturale” ale ființei umane. Nimic nu poate fi mai imoral ca pângărirea chipului dumnezeiesc al omului, pângărire care îl acoperă de păcat. De aceea, caracterul extrem de imoral al homosexualității trebuie înțeles din punctul de vedere al degradării umane (...).

– *Niciun creştin ortodox nu ar trebui să-i condamne pe cei care au căzut în păcat. El ar trebui să încerce să îl readucă la sănătatea spirituală pierdută*. În cazul homosexualității, cine neagă faptul că, din punct de vedere moral, această înclinație este greşită, îşi asumă cumplitul risc de a îndruma greşit o ființă umană, respingând astfel posibilitatea de vindecare a celor care au nevoie de tratament[23].

O abordare moral-spirituală

Sfânta Scriptură

În Sfânta Scriptură, găsim mai multe argumente împotriva homosexualității, care este considerată păcat şi urâciune în fața lui Dumnezeu:

– *În Vechiul Testament*, ni se spune: „Să nu te culci cu bărbat ca şi cu femeie; aceasta este spurcăciune” (Levitic 18, 22) şi tot aici este cunoscut cazul celor două cetăți Sodoma şi Gomora care au pierit din cauza acestor aberații, pervertiri ale făpturii umane (Facere 19, 4-28);

– *În Noul Testament*, Sfântul Apostol Pavel, în Epistola lui către Romani, spune: „De aceea, Dumnezeu i-a dat necurăției, după poftele inimilor lor, ca să-şi pângărească trupurile lor între ei, Ca unii care au schimbat

[23] http://www.orthodoxphotos.com/readings/trupul/homosexualitatea.shtml

adevărul lui Dumnezeu în minciună şi s-au închinat şi au slujit făpturii, în locul Făcătorului, Care este binecuvântat în veci, amin! Pentru aceea, Dumnezeu i-a dat unor patimi de ocară căci *şi femeile lor au schimbat fireasca rânduială cu cea împotriva firii*; asemenea *bărbații lăsând rânduiala cea după fire a părții femeieşti, s-au aprins în pofta lor unii pentru alții, bărbați cu bărbați*, săvârşind ruşinea şi luând în ei răsplata cuvenită rătăcirii lor" (Romani 1, 24-27).

Poziția Bisericii Ortodoxe Române (BOR) față de homosexualitate

– *Canoanele Bisericii Ortodoxe pedepsesc grav toate formele păcatului* trupesc: desfrânarea, preadesfrânarea sau adulterul, incestul, concubinajul, *sodomia sau homosexualitatea, lesbianismul sau perversiunile sexuale* întâlnite toate în practicarea prostituției, prescriind oprirea de la sfânta împărtăşanie pe perioade mari de ani, din dorința de îndreptare a păcătosului si de întoarcere a lui pe adevăratul drum de viețuire creştină (Pr. prof. dr. Nicolae D. Necula, Decanul Facultății de Teologie Ortodoxă – Universitatea din Bucureşti: „Poate fi de acord Biserica Ortodoxă Română cu legalizarea prostituției?).

– *Biserica ortodoxă dezaprobă marşul homosexualilor*: „În ciuda aderării României la Uniunea Europeană, Biserica Ortodoxă îşi menține reputația de instituție conservatoare care întârzie să se adapteze progresului", scrie cotidianul francez „Le Monde". Ziarul face referire la opoziția BOR față de manifestația minorităților sexuale de sâmbătă din Bucureşti şi la poziția vehementă a BOR împotriva înlăturării icoanelor din şcoli. „Românii nu sunt toleranți în privința minorităților sexuale, iar reacția BOR a confirmat puterea enormă pe care o are Biserica în România", scrie „Le Monde…"[24].

[24] *Biserica Ortodoxă, conservatoare şi influentă* (de V.A.M.), Ziarul „Adevărul", 14.06.2007;

– Patriarhia consideră că marşul programat este „*un atentat la moralitatea vieţii publice, la instituţia sacră a familiei şi un pericol pentru formarea generaţiilor tinere, prin expunerea lor la corupere morală*”, a spus *episcopul vicar Ciprian Câmpineanul*. „Este foarte dureros pentru noi că în atmosfera praznicului Înălţării Domnului şi în zi naţională de cinstire a eroilor a trebuit să vorbim despre astfel de aberaţii faţă de care Biserica întotdeauna s-a exprimat vehement, condamnându-le”, a spus episcopul vicar Ciprian Câmpineanul, citat de Mediafax, el mai precizând *că Biserica nu condamnă oamenii, ci păcatul*. Patriarhia a dat un vot de blam autorităţilor locale care au aprobat marşul din cadrul GayFest. Potrivit prelatului, Biserica interpretează marşul homosexualilor ca fiind anticonstituţional pentru că ar încălca prevederea din Constituţie ce interzice manifestările obscene care lezează moravurile publice. „O astfel de paradă este o invitaţie mascată, adresată mai ales tinerilor, copiilor care nu au discernământ, de a încerca astfel de experienţe. De aceea, Biserica ia atitudine”, a spus episcopul Ciprian Câmpineanul[25].

3). *Arhiepiscopul Hrisostom de Etna, (California)*

– Homosexualitatea *este o boală* despre care este greu să scrii. Oamenii sunt nişte fiinţe fragile şi nemiloase, iar slăbiciunile lor le dictează adesea forma de atac asupra celorlalţi. Identitatea sexuală este, de asemenea, un lucru fragil. Omul căzut este chinuit continuu de nesiguranţă. Când această nesiguranţă rezultă din structura generală a experienţei umane, ea produce adesea maladii sociale grave care, până nu demult, stăteau ascunse la umbra conştiinţei sociale. Homosexualitatea este una din aceste boli. Ea este atât de temută de societate în general, încât indivizii învaţă să se teamă de ea în străfundurile minţii lor. Şi atunci când ei au izbucniri

[25] *Biserica Ortodoxă dezaprobă Marşul homosexualilor*,.Ziarul „Ziua”, Nr. 3639 de vineri, 2.06.2006;

de violență față de ceilalți, îşi iau ca armă mentală acele lucruri pe care le consideră cele mai periculoase şi mai hidoase. De aici rezultă arma devastatoare a acuzării celorlalți de homosexualitate

– Homosexualitatea ia amploare pe măsură ce mândria, egocentrismul, aroganța şi dragostea de sine îşi fac loc în societate, pătrunzând chiar şi pe tărâmul Bisericii. Acest lucru este simplu de explicat. O teorie clasică a homosexualității leagă această boala de narcisism, adică de dragostea excesivă față de sine. Cu cât această dragoste este mai mare, cu atât este mai mare posibilitatea ca individul să îşi exprime dragostea sexuală față de cineva asemenea lui, deci față de o persoană de acelaşi sex. *Nu este deci de mirare, ci este cât se poate de logic, că unul dintre cele mai mari păcate spirituale capitale, trufia, duce la una dintre bolile morale cele mai îngrozitoare, homosexualitatea*.

4). *Preot Prof. Dr. Ilie Moldovan*

– *Sodomizarea, urmare a desfrâului generalizat din vremea noastră*. Vorbind despre homosexualitate, ne referim la un păcat care, potrivit Sfintei Scripturi, cere o anumită pedeapsă, o sancțiune încă din viața aceasta. Şi încă una groaznică. Să zicem că statul nu vine să pedepsească acest viciu, dar natura este mai severă aici ca orice alt judecător pământean. Din cauza desfrâului, a nimicit potopul viața pe pământ şi din cauza homosexualității, în special, a nimicit focul de pucioasă pe locuitorii Sodomei şi Gomorei (de unde şi denumirea păcatului, „sodomie"); iar, în zilele noastre, o pedeapsă şi mai groaznică decât a apei şi a focului, este pierderea conştiinței păcatului în noua lume ce se profilează în viitor şi pierderea sănătății trupeşti prin îmbolnăvire cu virusul HIV. În ceea ce priveşte prima pierdere, este de remarcat faptul că homosexualul de astăzi a alungat din conştientul forului său lăuntric ideea nefirescului vieții sale, în întunericul inconştientului, unde stăpânesc monştri. De aici şi năzuința lui de a impune şi altora stilul său de a

fi, crearea unor structuri sociale proprii, constituite sub forma unor asociații ce organizează manifestări, congrese, asociații de tip satanist sau rock, cu scopul de a perpetua răul în societatea umană. Nedumerit poate de acest trist spectacol ce ți se deschide în fața ochilor, ai avea iarăşi dreptul să te întrebi, cum a devenit posibilă apariția acestui fenomen de masă în sânul civilizației contemporane? Nu în alt fel, decât drept urmare a desfrâului generalizat în zilele noastre, păcat nespovedit şi nepocăit. Unde sunt în vremea noastră canoanele Sfinților Părinți? Cât despre pedeapsa îmbolnăviri cu virusul HIV, ți-am vorbit, cred, suficient într-o convorbire a noastră anterioară. Niciuna dintre pedepsele ce survin în urma săvârşirii păcatului nu are evidența aceea pe care o are SIDA. De aceea, te-aş îndemna să reții aceste cuvinte, pe care chiar aş voi să ți le fixez cu litere de foc în cugetul tău: O răzbunare groaznică îl poate lovi pe acela care cu viața sa nelegiuită pângăreşte frumusețea firii omeneşti! Sodomia poate să-ți ruineze conştiința, să-ți distrugă sănătatea şi să te ducă în mormânt încă din fragedă vârstă. Deci, atenție! (VIIB 15);

– *Mişcarea sodomistă provocatoare de revoltă împotriva tradiției familiale creştine*. Nu aş vrea să omit a-ți spune nici aceea că în străinătate activitatea activiştilor homosexuali din Şcoală se conjugă cu a educatorilor sex, despre care ți-am vorbit mai mult. Pe lângă intenția acestor activişti de a iniția pe elevi în practicile sodomiste, în cazul că reuşesc, au planul de a-i porni la ură împotriva părinților, de a-i face să vadă în ei nişte părinți bigoți, retrograzi, homofobi, precum şi nişte terorişti de dreapta, exploatând din plin criza în care se găsesc adolescenții la vârsta lor. Un elev câştigat de ei va contesta valorile şi chiar existența familiei sale. Rupându-se de propriul său cămin părintesc, chiar numai ca un homosexual în devenire, el nu va mai avea nici identitate personală şi nici una etnică, nu va ține de o tradiție şi nu se va simți solidar cu nicio cultură. Activiştii despre

care vorbim mai ştiu şi cât de aproape sunt practicile onaniste de cele sodomiste, prin care nu se urmăresc decât satisfacțiile plăcerilor senzuale. Un alt punct din acelaşi program priveşte crearea în sufletul elevului a unei revolte împotriva tradiției familiale şi a ordinii creştine a vieții, care condamnă, amândouă, starea păcătoasă în care ajunge să se complacă cel în cauză. În vederea realizării acestui deziderat, una şi aceeaşi mişcare sodomistă caută să înregimenteze pe adolescent într-un curent de opinie care susține că păcatul şi răul nu există ca atare şi că el nu rezidă decât în părerile oamenilor şi, prin urmare, oricând poate fi considerat o virtute sau chiar o stare de grație a lumii. Iată ce vrea să însemne pentru sodomism un adolescent: un om cu o gândire desfrânată, corupt şi pervers, bun consumator de plăceri, uşor de condus, instabil din punct de vedere emoțional şi intelectual, într-un cuvânt lipsit de idealul şi de moralitatea ce i-o conferă viața de familie[26].

[26] Preot Prof. Ilie Moldovan, *Adolescența – preludiu la poemul iubirii curate*, Editura Renaşterea, Cluj-Napoca, 2001;

CAPITOLUL X

BOLILE CU TRANSMITERE SEXUALĂ (BTS) ŞI BOLILE PROPRII HOMOSEXUALILOR

Definiţie: BTS sunt afecţiuni contagioase a căror transmitere se face predominant sau aproape în exclusivitate pe calea actului sexual[1].

Frecvenţa

– dacă bolile clasice, precum sifilisul şi gonoreea, au rămas cu o frecvenţă staţionară, *alte boli transmise pe cale sexuală* se înmulţesc îngrijorător, precum cele determinate de Chlamydia şi Papilomavirus (au crescut cu 30% până în 2002);

– numărul de agenţi patogeni recunoscuţi ca sexuali transmisibili (bacterii, paraziţi, ciuperci şi virusuri), este, de asemenea, în creştere;

– *are loc o înlocuire gradată a infecţiilor bacteriene curabile (tratabile) cu infecţii virale incurabile*[2]**.**

Incidenţa

– Bolile cu transmitere sexuală (BTS) sunt cele mai frecvente boli în *anumite ţări*, având cea mai mare răspândire în Afri-

[1] .Prof. Univ. Dr. Dumitru Justin C. Diaconu, *Dermato-Venerologie. Pentru studenţii facultăţilor de medicină generală, medici rezidenţi şi medici de familie*, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1999, p. 459;

[2] Traian Ciucă, *Boli transmisibile pe cale sexuală*, Editura Ştiinţifică, Bucureşti, 1993, p. 10;

ca, Asia de Est şi America Latină, iar pe *grupe de vârstă,* frecvența cea mai mare aparține *adolescenților între 15-19 ani.* La minori, numărul de cazuri este net superior la fete[3].

– *„Erotismul juvenil* este amplificat în zilele noastre de o *literatură incitantă, filme porno* etc., ceea ce duce la o începere prematură a vieții sexuale (14-16 ani) cu consecințe negative, în mai multe sensuri: *favorizarea libertinajului, randament scăzut la şcoală sau chiar abandonarea ei, sarcini nedorite şi abandonul familial, contactarea de boli venerice, inclusiv HIV/SIDA, prostituția etc.*"[4].

Clasificare

I. Sifilisul;

II. Ulcerații genitale, în afară de cele produse de sifilis:

1. Şancrul moale;
2. Limfogranulomatoza inghinală benignă;
3. Granulomul inghinal.

III. Infecții cu virusuri:

1. Virusul imunodeficienței umane (HIV);
2. Herpesul;
3. Infecția cu Citomegalovirus;
4. Mononucleoza infecțioasă;
5. Vegetații veneriene (Condiloamele acuminate), date de Papilomavirus (HPV);
6. Virusul hepatitei B.

IV. Infecții determinate de Chlamydia Trachomatis;

V. Infecția cu Mycoplasme;

VI. Gonoreea;

VII. Lepra;

VIII. Vaginita nespecifică;

IX. Candidoza genitală (Micoză / Ciupercă);

[3] Ibidem, p. 11;

[4] Dumitru Bulucea, Augustin Cupşa, *Infecția cu HIV/SIDA – o criză a sănătății mondiale*, Editura EIUS, Craiova, 1995, p. 96;

X. Infecții parazitare:
1. Trichomoniaza;
2. Pediculoza pubiană (Ftiriaza);
3. Scabia (Râia).

XI. Microorganisme intestinale transmise sexual – Bolile proprii homosexualilor:
1. Amibiaza intestinală
2. Lambliaza (Giardoza);
3. Oxiuroza;
4. Bacteriile intestinale;
5. Virusul hepatic A[5].

Grupul acestor boli este împărțit de *Organizația Mondială a Sănătății* (OMS) în 2 categorii:

1). *Boli cu transmitere sexuală „majore"***:** sifilis, infecțiile gonococice, şancrul moale, granulomul inghinal, limfogranulomatoza inghinală şi infecția HIV/SIDA (care a fost inclusă ulterior, provocând o epidemie de proporții pe plan mondial – pandemie).

2). *Boli cu transmitere sexuală „minore"*: infecții cu Chlamydia, infecții cu micoplasme, trichomoniaza uro-genitală, candidoza uro-genitală, herpesul genital, vegetațiile veneriene, scabia (râia) şi pediculoza pubiană[6].

Căi de transmitere

a) *Calea sexuală: este cea mai frecventă*, motiv pentru care au şi fost numite boli cu transmitere sexuală,

b) *De la mamă la făt:* în timpul *sarcinii, la naştere sau după naştere*: sifilisul, SIDA, gonoreea, herpes, Chlamydia ş.a.

c) *Prin sânge infectat şi prin produse de sânge infectate* (în timpul transfuziilor): SIDA, hepatita virală B.

---

[5] Traian Ciucă, *op. cit.*, pp. 5-7;

[6] A. Popescu, *Bolile cu transmitere sexuală*, Editura Medicală, Bucureşti, 1982, pp. 11-12;

d) *Prin instrumente nesterile:* ace şi seringi (cel mai frecvent la toxicomani, la efectuarea tatuajelor şi piercing!): SIDA[7].

Consecințele grave ale BTS

– se estimează că *8 până la 20%* dintre femeile cu infecție *gonococică sau cu Chlamydia* vor dezvolta, dacă nu se tratează, *o boală inflamatorie pelvină* (o infecție a uterului, trompelor şi ovarelor); după *OMS, 13% dintre femei rămân sterile* după un singur episod de boală inflamatorie pelviană, *36% după două infecții şi 75% după trei infecții;* chiar şi după un tratament corect efectuat pot avea o *sarcină extrauterină sau pot rămân sterile;*

– aceste consecințe nu pot fi prevenite uneori deoarece multe dintre boli evoluează fără simptome *(asimptomatic), peste 50%* dintre bolnave nefiind conştiente de infecția lor;

– un studiu arată că din 340 de femei investigate pentru *sterilitate, 82% prezintă o obstrucție tubară*, adică o înfundare a trompelor uterine (autorii din Gabon la al II-lea Congres Mondial de BTS din 1986)[8].

Alte consecințe grave

– *generalizarea infecției în* organism (în cadrul bolilor precum sifilis şi SIDA);

– *malformații ale fătului* (în sifilis, SIDA sau infecții cu Chlamydia);

– *cancer de col uterin* (în infecții cu Papilomavirus, Chlamydia Trachomatis şi Trichomonas vaginalis),

– creşterea rezistenței la antibiotice (gonococul la Penicilină etc.)[9].

Comentarii

1). Bolile cu transmitere sexuală (BTS) nu mai reprezintă de mult apanajul vârstei adulte, ci au devenit o

[7] Ibidem, p. 155;
[8] Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 13;
[9] Ibidem, pp. 14-15:

problemă reală în rândul adolescenților.

După predarea cursurilor despre bolile cu transmitere sexuală timp de 2 ani în 11 licee din Cluj-Napoca, am ajuns la următoarele concluzii:

– adolescenții încep viața sexuală la o vârstă tot mai fragedă (fetele la 14-16 ani, băieții la 17 ani), motiv pentru care a crescut mult frecvența bolilor cu transmitere sexuală în rândul lor; netratarea sau tratarea incorectă mai ales când au mai mulți parteneri / partenere favorizează cronicizarea acestor boli şi, în final (după ani de zile), duc la o *sterilitate secundară* (prin înfundarea trompelor uterine la fete şi prin afectarea calității şi/sau cantității spermatozoizilor la băieți);

– *folosirea contraceptivelor hormonale* de către elevele care îşi încep viața sexuală este încurajată de către medicii ginecologi şi cabinetele de planificare familială; contraceptivele favorizează însă apariția unor boli cu transmitere sexuală precum *Candidoza, Chlamydia şi Trichomonaza*, la care se adăugă multiplele efecte secundare nocive asupra sănătății lor (efecte neglijate frecvent);

– *folosirea prezervativului*, o altă metodă recomandată de către Planning şi ginecologi la tineri, atât pentru prevenirea unei sarcini nedorite, cât şi a bolilor cu transmitere sexuală, încurajează pe elevi să înceapă viața sexuală mai repede şi „fără griji" , dar, în acelaşi timp, aceste metode nu previn 100% boli grave precum HIV/SIDA, iar sarcinile nedorite sunt tot mai frecvente la eleve (vezi cap. V. Metode contraceptive şi abortive);

– este momentul când elevele se pot infecta cu *papilomavirus (HPV)*; în mod frecvent, primul contact sexual are loc la o vârstă fragedă, când organele genitale încă nu sunt maturizate complet, inclusiv colul uterin; acest lucru favorizează infectarea cu papilomavirusul care se cantonează definitiv la nivelul colului uterin (virusul intră şi rămâne în celulă) producând modificări locale care, în cele din urmă, pot provoca cancerul de col uterin.

2). *La adulți*

– *prostituția* (11%) şi *homosexualitatea* (1-28%) ocupă un loc alarmant pentru contaminarea masculină[10];

– frecvența BTS este mai mare la *celibatari* şi la cei care au *mai mulți parteneri*.

3). *Apariția de noi tipuri de BTS (virale în special) greu tratabile sau netratabile*: ne confruntăm cu boli virale cu consecințe grave asupra sănătății organismului (*HPV, HIV/SIDA*) precum şi cu *boli proprii homosexualilor* (infecții digestive).

I). SIFILISUL (LUES)

Definiție: Sifilisul este o infecție care se transmite pe cale sexuală, cu o evoluție cronică şi intermitentă care afectează mai multe organe: piele, inimă, vase sanguine, sistemul nervos, sistemul osos[11].

Etiologie: infecția este dată de Treponema Pallidum, o bacterie care trăieşte în țesuturivii[12];

Clinic: **i**nfecția evoluează în diferite stadii, progresiv, cu perioade latente între ele (perioade fără niciun simptom).

Clasificare: se descriu două forme de sifilis:

1. Sifilisul *dobândit* (câştigat în timpul vieții);
2. Sifilisul *congenital* (înnăscut), prin transmitere de la mamă la copil[13].

1). *Sifilisul dobândit (câştigat în timpul vieții*):

Incubația, adică timpul scurs de la infecție şi până la primele simptome, este de *21 zile,* după care apare prima leziune (şancrul sifilitic).

[10] A. Popescu, *op. cit.*, p. 23;
[11] Rodica Cosgarea, *Dermeto-Venerologie clinică*, Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj- Napoca, 2003, p. 167;
[12] Ibidem;
[13] Ibidem; p. 169;

Stadiile sifilisului. Se descriu trei stadii:

a). *Sifilisul primar* (*faza primară*): constă într-o leziune numită *„şancru sifilitic"* însoţită de inflamaţia ganglionilor inghinali. Leziunea (şancrul sifilitic) se localizează în 90% din cazuri în regiunea inghinală (poate fi localizată şi la nivelul gurii) şi este o rană rotundă sau ovalară, mică de 0,5-2 cm diametrul, cu contur regulat, de culoare roşu închis, nedureroasă, nepruriginoasă (nu produce mâncărime), situată pe penis sau scrot la *bărbaţi* şi pe labii, clitoris sau lângă uretră *la femei.* Această leziune se cicatrizează în 4-6 săptămâni chiar şi în absenţa tratamentului. Ganglionii din zona inghinală se măresc la o săptămână după apariţia leziunii şi sunt de o consistenţă dură şi nedureroşi[14].

b). *Sifilisul secundar* (*faza secundară*): apare după 6 săptămâni (42-45 de zile) de la apariţia primei leziuni. Leziunile din această perioadă sunt erupţii care apar pe piele şi mucoase şi se numesc *sifilide.* Aceste sifilide pot avea aspecte variate şi, în funcţie de evoluţie, se descriu 4 categorii de sifilide secundare cutanate: 1). *rozeole sifilitice* ce apar pe piele sub forma unor pete roz, palide, rotunde sau ovalare, de 3-10 mm, cu margini difuze, neînsoţite de mâncărime, dispuse pe abdomen şi torace (uneori pe întregul corp, inclusiv faţă şi gât) şi dispar spontan după 1-2 luni de evoluţie, fără să lase urme; 2). *sifilidele papuloase* apar între a 4-a şi a 12-a lună a bolii, dar sunt leziuni mai ridicate, de culoare roşie-cărămizie, cu dimensiunea de 3-10 mm, localizate la mâini (palme), picioare şi fronto-temporal (la implantarea părului, numită şi „coroana Venerei" la femei); 3). *sifilidele pigmentare,* dispuse ca nişte pete pigmentare de 0,5-0,2 cm, rotunde sau ovalare, dispuse în jurul gâtului, semănând cu un şirag, motiv pentru care s-au numit „colierul Venerei"; 4). *sifilide ulceroase* sunt erupţii tardive ale sifilisului secundar sub formă de ulceraţii (lipsă de ţesut) superficiale sau profunde, rotunde, acoperite de

[14] Ibidem, pp. 169-170;

cruste. La nivelul mucoaselor (gură, gât, ochi, nas, genital, anal), sifilidele secundare sunt ulcerații foarte contagioase[15].

c). *Sifilisul terțiar* (*faza terțiară*) apare *după o lungă perioadă de linişte aparentă, care poate varia de la 2-4 ani până la 30-40 de ani* de la stingerea perioadei secundare, în cursul căreia *infecția continuă să persiste în organism*, putându-se apoi exterioriza pe plan clinic prin leziuni caracteristice profunde, distructive. Leziunile cutanate şi mucoase îmbracă 2 forme: 1). *sifilide tuberculoase* care sunt noduli fermi, de 3-5 mm, roşii-arămii, grupați în plăci, localizate la nivelul feței şi a scalpului, a toracelui, a mâinilor şi picioarelor care, în final, lasă cicatrici; 2). *goma sifilitică*, solitară (unică) de obicei, localizată la nivelul feței, scalpului şi a membrelor, care se vindecă după o evoluție de câteva săptămâni sau luni, lăsând *cicatrici. În acest stadiu, sunt afectate sistemul osteo-articular şi organele* (aparatul cardio-vascular, sistemul nervos etc.)[16].

Neurosifilisul: este *cea mai gravă formă de sifilis,* care se încadrează în stadiul terțiar de evoluție a sifilisului, apărând după mai mulți ani de evoluție a infecției. Apare mai ales la pacienți de vârstă mai tânără. Se manifestă sub patru forme:

a) neurosifilis parenchimatos (cu paralizii, manifestări de afectare a nervilor cranieni, manifestări oculare);

b) neurosifilis meningovascular (hemoragii);

c) neurosifilis meningeal (meningită acută);

d) neurosifilis asimptomatic (fără simptome, dar cu prezența modificărilor lichidului cefalorahidian)[17].

2). *Sifilisul congenital*

Sifilisul congenital se transmite prin placentă de la mama bolnavă la făt (bacilul trece prin placentă).

---

[15] Prof. Univ. Dr. Dumitru Justin C. Diaconu, *op. cit.*, pp. 469-470;
[16] Ibidem;
[17] Rodica Cosgarea, *op. cit.*, p. 173;

Transmiterea transplacentară a bolii se face doar *după trei luni de sarcină* (în trim. II) deoarece placenta nu este suficient dezvoltată. În acest caz, la făt nu se va mai produce leziunea primară a sifilisului (şancrul sifilitic), ci *leziuni mai grave, echivalente cu cele din faza a doua sau a treia a sifilisului*. Dacă infecția se face mai timpuriu, în lunile 4-5 de sarcină se vor produce leziuni grave care vor determina de obicei un *avort spontan*[18].

Perioada cea mai periculoasă pentru transmiterea transplacentară a infecției sifilitice grave o reprezintă *sifilisul recent al mamei*, în special în primul an de infecție[19].

Forme clinice

a) *sifilisul congenital precoce, când boala se manifestă de la naştere sau în primii 2 ani de viață*. Leziunile sunt aceleaşi ca în *sifilisul secundar (faza secundară).* Copilul se naşte cu greutate mică, cu o față de „bătrân", cu manifestări la nivelul *pielii* (palmo-plantare), *mucoaselor, osos* (osteomielie – infecția osului), *visceral* (al organelor interne – leziuni ale ficatului, rinichilor, ochilor, meningite etc.) şi malformații congenitale prin deformarea craniului, feței şi a picioarelor[20].

b) *sifilisul congenital tardiv, când boala apare după 2 ani de la naştere*, când se manifestă cu leziuni cutanate, osteo-articulare şi *viscerale* (oculare, auditive, neuropsihice). Aceste leziuni sunt echivalente celor din *sifilisul terțiar (faza terțiară),* fiind deci o formă gravă de sifilis care lasă sechele definitive. Pot apărea şi alte manifestări precum distrofiile (tulburări) dentare etc. Această formă reprezintă 70% din totalul cazurilor de sifilis congenital din țara noastră[21].

Diagnosticul sifilisului

– se pune prin teste de laborator (*VDRL – Veneral Disease Research Laboratory; anticorpi etc.*), fiind abandonată vechea me-

[18] Ibidem, pp. 173-174;
[19] Prof. Univ. Dr. Dumitru Justin C. Diaconu, p. 471;
[20] Ibidem, pp. 472-473;
[21] Ibidem, pp. 473-474;

todă RBW (reacția Bordet-Wassermann) care dădea reacții fals pozitive;

– *reacția VDRL se pozitivează la 12-20 de zile de la apariția primei leziuni sifilitice* (şancrul sifilitic). Este un test bun pentru screening (depistarea bolii). Testul are sensibilitate crescută, de până la 87% în infecția sifilisului primar şi peste 90% în sifilisul secundar[22];

– diagnosticul în *sifilisul primar* se pune pe baza datelor epidemiologice (contact, sursă de infecție) şi/sau clinice (leziunea – şancrul sifilitic), confirmat prin microscopie (în acest stadiu încă nu s-a pozitivat examenul VDRL)[23].

– diagnosticul în *sifilisul secundar* se pune pe baza datelor clinice (erupțiile caracteristice) şi examenul VDRL care este intens pozitiv. *Testele pot fi negative la pacienții infectați cu HIV (SIDA)*[24].

– diagnosticul în *sifilisul terțiar şi cel congenital tardiv* se pune pe aspectul clinic al leziunilor, confirmat prin teste serologice (VDRL etc.) care sunt intens pozitive[25].

Tratamentul: sifilisul este o boală care trebuie declarată obligatoriu (inclusiv contacții sexuali şi sursa infectantă) şi necesită internare în Clinici de Dermatovenerologie şi tratament specific cu antibiotice, respectiv Penicilină în doze suficiente (cei alergici la Penicilină vor fi tratați cu Eritromicină sau alte macrolide)[26].

Profilaxia (prevenirea): după *ordinul nr. 190 / 1975 dat de OMS* (Organizația Mondială a Sănătății), se face în mod *obligatoriu* examen clinic şi serologic pentru sifilis la: angajare, înainte de nuntă (ex. prenupțial), la gravide când sunt luate în evidență de către medicul de familie, la elevi şi studenți în mod periodic, la donatori de sânge, la cei care lucrează în alimentația pu-

---

[22] Rodica Cosgarea, *op. cit.*, pp. 174-176;
[23] Prof. Univ. Dr. Dumitru Justin C. Diaconu, *op. cit.*, p. 476;
[24] Ibidem;
[25] Ibidem, p. 477;
[26] Rodica Cosgarea, *op. cit.*, pp. 178-179;

blică, la hotelieri, în creşe şi cămine, la examenul de conducere auto etc. *Prevenirea bolii la nou-născuţi* se face prin tratarea precoce, din timp, a gravidei contaminate. La gravidele netratate există nu doar riscul infecţiei fătului, ci şi riscul unui avort spontan sau al unei naşteri înainte de termen (prematur)[27].

Comentarii

- multe ţări din Europa de Est, printre care şi *România*, începând cu 1990, s-au confruntat cu *epidemiile de sifilis*, fenomen inexistent în Europa de Vest, unde incidenţa acestei boli a scăzut mult [...]. În România, fostul ministru al Sănătăţii şi Familiei, D-na Daniela Bartoş, anunţa *triplarea numărului bolnavilor de sifilis* în perioada 1999-2002. Printre aceştia, se înmulţeşte numărul celor cu sifilis congenital[28].

- având în vedere că boala trebuie declarată obligatoriu (inclusiv sursa de contaminare), am constatat că în cazurile de *infidelitate*, bolnavii (bărbaţii mai ales) recurg la tratamente „după ureche", din teama de a fi „descoperiţi" şi, în cele din urmă, ajung la medic în stadiul II sau III de sifilis; sursa de infecţie (partenera) nu este descoperită în acest timp, infectând şi pe alţii; observ un comportament asemănător şi la *celibatari*.

- frecvenţa acestei boli a crescut şi în *rândul tinerilor*, atât din cauza începerii vieţii sexuale mai timpuriu, cât şi a schimbării frecvente a partenerelor;

- *prostituţia şi homosexualitatea* sunt alte două situaţii care ocupă un loc alarmant în transmiterea acestei boli.

II). Ulceraţii genitale, în afară de cele produse de gonococ

1). *Şancrul moale*

– este o *boală cu transmitere sexuală majoră*, produsă de streptobacilul *Haemophilus Ducreyi***;**

[27] Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 36;
[28] Larisa Ciochină, Constantin Iftimie, *O viziune asupra vieţii*, ed. Provita Media, Bucureşti, 2003, p. 155;

– este o boală mai răspândită în țările lumii a treia;

Clinic: boala debutează după maxim 7 zile de la contactul sexual *şi se manifestă mai ales la bărbați*, femeile fiind purtătoare asimptomatice; după contactul sexual apare o rană de 1-2 cm la nivelul penisului la băieți sau la nivelul labiilor la femei, însoțită de o inflamație a ganglionilor inghinali; uneori, leziunea se poate localiza şi extragenital: perianal, mamar, pe degete;

– se vindecă cu tratament (antibiotice);

– este o boală care trebuie *declarată obligatoriu (la fel ca sifilisul)*[29].

2). *Limfogranulomatoza inghinală benignă (Nicolas Favre)*

– este o boală cu transmitere sexuală majoră, produsă de *Chlamidia Trachomatis, serotipurile L1, L2 şi L3;*

– este *rară în țara noastră,* fiind mai răspândită în unele zone în Africa, Asia şi America de Sud;

Clinic: boala debutează după o perioadă de 3-30 de zile de la contactul sexual şi se manifestă ca o mică leziune (rană) roşie, nedureroasă, care se resoarbe spontan şi nu lasă cicatrici (asemănător cu faza primară din sifilis); această leziune *primară (şancrul)* poate trece uneori neobservată; după două săptămâni, apare *etapa secundară,* care se manifestă prin inflamația ganglionilor inghinali care evoluează spre abces (puroi); acesta se elimină, iar vindecarea se produce spontan în 2-3 luni (uneori ani) cu *cicatrici neregulate;* localizările extragenitale sunt rare şi se situează la nivelul gurii cu inflamația ganglionilor locali submaxilari sau cervicali;

Complicații: infecții la nivelul rectului cu stricturi ale acestuia (mai ales la femeie);

Diagnosticul: se pune pe testul IDR Frei, identificarea anticorpilor etc.

[29] Prof. Univ. Dr. Dumitru Justin C. Diaconu, *op. cit.*, p. 492;

Tratamentul: se efectuează cu antibiotice.

Boala *trebuie declarată obligatoriu*[30].

3). *Granulomul inghinal*

– este o *boală cu transmitere sexuală majoră* produsă de o bacterie numită Calymmatobacterium granulomatosis;

– contagiozitatea este redusă;

Clinic: se manifestă după o perioadă de 9-50 de zile de la contact sub forma unui nodul ulcerat situat genital, fără inflamația ganglionilor şi care evoluează cronic mărindu-se sau multiplicându-se; localizarea extragenitală poate fi: perianal (lângă anus), la buze, în gură, gât, la fața, la mâini şi picioare;

Tratamentul: se vindecă prin administrare de antibiotice[31].

III). Infecții cu virusuri

1). Infecția cu HIV / SIDA

Definiție: SIDA (Sindromul de Imunodeficiență Dobândit**)** este un sindrom caracterizat prin boli precum *infecții şi tumori,* secundare imunodepresiei celulare severe, produsă de virusul imunodeficienței umane (HIV)[32].

> Comentariu:
>
> – virusul HIV distruge definitiv, într-un anumit interval de timp, imunitatea organismului, lăsându-l fără apărare față de infecții şi tumori. În cele din urmă, bolnavul moare în urma acestor infecții grave (sau tumori).

Istoria şi originea geografică a HIV/SIDA

– în *1981, în SUA,* au fost depistate primele cazuri de SIDA

[30] Ibidem, p. 493;
[31] Ibidem, p. 494;
[32] Ibidem, p. 495;

(sarcomul Kaposi – un cancer al vaselor sanguine) *în rândul homosexualilor* şi, mai târziu, o epidemie cu pneumonii date de „Pneumocystis Carinii" la Los Angeles (acesta fiind un microb care infectează bolnavii în stadiul de SIDA şi favorizează pneumonii grave).

– în septembrie *1982,* s-a elaborat *prima definiție a SIDA* de către Centrul de Control al Bolilor (CDC) din Atlanta, iar în decembrie 1982 s-a diagnosticat în SUA primul caz de SIDA la copii (postransfuzional).

– în *1988,* a avut loc prima întâlnire a miniştrilor Sănătății cu privire la SIDA, în vederea stabilirii unei strategii de prevenire şi combatere a infecției cu HIV[33].

Originea geografică a virusului HIV: rămâne încă in discuție. Primele cazuri de SIDA au apărut simultan în SUA, Haiti şi Africa. Majoritatea studiilor situează originea acestei boli în *Africa Centrală, încă din 1970. Extinderea* spre Haiti, SUA şi Europa s-a făcut prin „*deplasări de populație, favorizate şi de comportamente sexuale aberante (homosexuali, bisexuali), precum şi de toxicomanie, transfuzii de sânge infectat cu virus*" care au dus treptat la răspândirea infecției pe plan mondial – *pandemia actuală*[34]**.**

Comentariu:

– pandemie înseamnă o epidemie mondială, care a reuşit să se extindă pe întregul glob.

Frecvența infecției HIV/SIDA:

– SIDA a fost declarată ca boală de sine stătătoare cu aspect de *pandemie la 1 decembrie 1981*[35].

– Începând cu anul 1981 şi până în anul 2005, *au murit de*

---

[33] Dumitru Bulucea, Augustin Cupşa, *Infecția cu HIV / SIDA – o criză a sănătății mondiale*, Editura AIUS, Craiova, 1995, 13;
[34] Ibidem, p. 14;
[35] http://ro.wikipedia.org/wiki/SIDA

SIDA 25 milioane de oameni. De aceea, infecția HIV/SIDA este considerată cea mai răspândită şi mai distrugătoare epidemie din lume. *În anul 2005, numărul celor infectați cu virusul HIV era de 40,3 milioane de oameni* (deci dublu comparativ cu anul 1995). Între anii 2003-2005, numărul oamenilor infectați a crescut în toate regiunile lumii[36].

Repartiția cazurilor de SIDA pe plan mondial la mijlocul anului 1994:

- *> 67 % în Africa;*
- 12% în America de Sud, Centrală şi Canada;
- 10% SUA;
- 6% Asia,
- *4% Europa*[37].

În România:

- la 31 decembrie *1994* (Buletin OMS, 70-5-12/1995), au fost înregistrate *3119 cazuri* de SIDA, dintre care 2885 copii şi 234 adulți. Dintre aceştia, 1154 persoane au decedat: 87 adulți şi 1067 copii[38];
- numărul de cazuri de SIDA la femei este în creştere: de la 10% în 1985 la 20% în 1994[39];
- studiile arată că *majoritatea copiilor din România au fost infectați* (ca şi în țările din Europa de Est şi țările slab dezvoltate) *cu tratamente parenterale multiple* (injecții, perfuzii, transfuzii), intervenții chirurgicale, ORL, ginecologice, stomatologice etc.[40]

---

[36] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), World Health Organization (WHO): Die AIDS Epidemie. Status-Bericht 2005 (PDF-Version: 5.700 KB); Deutsche AIDS-Stiftung; United Nations Children's Fund (UNICEF), http://www.bpb.de/wissen/O2JNDW,,0,AIDSEpidemie.html ;
[37] Mircea şi Lidia Nanulescu, *Infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV) la copil*, Editura Dacia, Cluj-Napoca , 1996, pag. 16;
[38] Ibidem, p. 17;
[39] Ibidem;
[40] Dumitru Bulucea, Augustin Cupşa, *op. cit.*, p. 29;

Ce este virusul HIV? Cum se produce infecția și cum are loc trecerea de la starea de infecție la cea de boală SIDA?

– virusul HIV este un „retrovirus", adică un virus care determină infecții virale lente și se menține în organism timp îndelungat *în stare de provirus, integrat în celulă;*

– se cunosc 2 tipuri: *virusul HIV 1 și virusul HIV 2*;

– Virusul HIV este limfocitotrop, adică are afinitate pentru limocitele ajutătoare T4 sau „helper" (celulele albe din sânge care ne apără de infecții, având deci un rol important în imunitate). *Virusul pătrunde în aceste celule și le distruge*. Pe măsură ce numărul limfocitelor ajutătoare T4 (helper) scade la < 500 elemente/mm cub, începe prăbușirea imunității, iar *omul infectat trece de la stadiul de infecție (seropozitivitate) la stadiul de boală SIDA*[41].

Căile de transmitere a infecției cu HIV: sunt trei modalități de transmitere.

a) Transmiterea sexuală (homosexual sau heterosexual)

– infecția HIV/SIDA este principala sursă a epidemiei la nivel mondial. În Europa și SUA, *homosexualii masculini au reprezentat 50% din cazurile de SIDA* după debutul epidemiei (80% contaminați pe cale sexuală);

– extinderea infecției *la heterosexuali este în creștere* în țările dezvoltate (20% în 1990);

– în unele zone din Africa Centrală și Orientală, *proporția prostituatelor seropozitive* din marile centre urbane este de > 50%;

– *se transmite prin*: *spermă,* care este un fluid biologic cu cel mai mare coeficient de risc și *secrețiile vaginale și cervicale (ale colului uterin)*[42];

La nivel individual extensia infecției este *favorizată de anumiți factori:*

[41] Ibidem; pp. 15-20;
[42] Mircea și Lidia Nanulescu, *op. cit.*, p. 19;

– *practica sodomiei (sexul anal)* pentru cuplurile homo/heterosexuale, în care partenerul masculin este infectat[43]. *Rectul nu este construit pentru a rezista la un raport sexual*, provocându-se uşor leziuni şi sângerări. De asemenea, penetrația intra-anală prezintă un risc triplu deoarece în zonă se află efectiv o armată de limfocite T4. Deci infectarea se produce prin 3 mecanisme: a) sângerarea peretelui rectal; b) contactul cu limfocitele din zonă şi c) contactul cu sperma infectată[44].

– *raporturi sexuale în timpul ciclurilor menstruale*, în cazul cuplurilor *heterosexuale*, în care partenerul feminin este infectat[45];

– *stadiul clinic al infecției* creşte dacă partenerul infectat este într-o stare mai avansată a bolii (stadiul SIDA sau deficit imunitar important)[46];

– - existența asociată a unor boli cu transmitere sexuală[47].

b) Transmiterea pe cale sanguină (parenterală):

– *Toxicomania*: schimbul de seringi nesterilizate în momentul injectării drogurilor este cauza extinderii epidemiei la toxicomani în Europa, Coasta de Est a SUA, Asia şi Thailanda;

– *Transmiterea prin sânge şi produse de sânge în mediul sanitar* **(**factorii de coagulare la tratamentul hemofilicilor);

– *Transmiterea în mediul spitalicesc***:** persoane medicale infectate, manopere „invazive" etc.

– *Transmiterea materno-fetală***:** de la mama infectată la făt[48].

c) Transmiterea materno-fetală (perinatală şi postnatală):

– transmiterea *perinatală* înseamnă infectarea cu HIV *de la mamă la făt* înainte, în timpul sau imediat după naştere;

[43] Ibidem, p. 20;
[44] Dumitru Bulucea, Augustin Cupşa, *op. cit.*, pp. 23-24;
[45] Mircea şi Lidia Nanulescu, *op. cit.*, p. 20;
[46] Ibidem;
[47] Ibidem;
[48] Ibidem, pp. 19-20;

– transmiterea *postnatală* înseamnă infectarea cu HIV de la mamă la nou-născut după naştere prin *lapte matern*, riscul fiind mult mai mic[49].

HIV nu se transmite prin *tuse, strănut, lacrimi, suflatul nasului, scuipat, sărut, obiecte de lenjerie şi îmbrăcăminte, la folosirea veselei şi a WC-ului, a prosoapelor şi săpunului*. Periuța de dinți şi trusele de bărbierit vor fi strict individuale deoarece prin atingere pot provoca sângerări, cu riscul contaminării[50].

Evoluția infecției HIV:

1). *Momentul infectant*:

– infecția cu HIV este în relație de proporționalitate cu *cantitatea de virus* pătrunsă în organism şi cu receptivitatea gazdei; astfel, un flacon de sânge infectat cu HIV şi transfuzat va determina cu siguranță infecția, dar în cazul unei înțepături accidentale şi superficiale cu un ac contaminat, probabilitatea de infecție este mică, riscul estimându-se la 2-3%[51].

2). *Fereastra de seronegativitate*:

– de la momentul infectant şi până la seroconversie (când în sângele pacientului depistăm prin metode de laborator prezența anticorpilor îndreptați împotriva HIV existent în sânge), există o perioadă de la *2 la 6 luni* de seronegativitate, purtătorul fiind *infectat cu HIV şi infectant (poate infecta deja pe alții)*, dar seronegativ[52];

3). *Seroconversia (infecția HIV depistată în sânge):*

– după o perioadă de *2-6 luni* de la data infectării cu HIV, în sângele subiectului infectat apar anticorpii anti-HIV, care se testează, subiectul seropozitivându-se (testul ELISA şi WESTERN-BLOT);

---

[49] Dumitru Bulucea, Augustin Cupşa, *op. cit.*, p. 24;
[50] Ibidem, p. 55;
[51] Ibidem; p. 35;
[52] Ibidem;

– de obicei, această fază trece neobservată, subiectul *nu* prezintă niciun simptom. Uneori apare o „stare gripală” cu febră, dureri musculare şi articulare, somnolență, timp de 3-14 zile[53].

4). *Perioada de latență (fără simptome):*

– urmează o perioadă variabilă ca durată, în care subiectul infectat şi seropozitiv *nu prezintă niciun semn de boală;*

– această perioadă poate dura de la câteva **luni de zile** (sugari) la ani de zile, uneori chiar *10-15 ani* sau mai mulți[54].

5). *Semne timpurii de infecție cu HIV:*

– după o perioadă variabilă de timp, apar următoarele semne: febră până la 38 grade Celsius, tuse persistentă, ganglionii măriți, slăbire în greutate, diaree cronică, oboseală, transpirații nocturne. Toate aceste semne au valoare pentru diagnosticul de SIDA numai dacă au o *durată de cel puțin 1-3 luni şi fără altă cauză*.

– în sângele infectat cu HIV, depistăm o scădere a numărului de limfocite T4, anemie etc.

– ulterior, mai pot apărea şi alte boli, premergătoare bolii SIDA: stomatită (candidoză bucală), infecția pielii cu herpes Zoster, tuberculoză etc.[55].

6). *Boala SIDA manifestă:*

– apariția şi instalarea bolii SIDA constă în *prăbuşirea imunității organismului* (a capacității de apărare împotriva infecțiilor) datorită *scăderii numărului de limfocite T4 la sub 500 / mmcub*[56]**;**

– această prăbuşire a imunității determină apariția de infecții şi tumori canceroase (cancer al pielii) precum şi semne din partea sistemului nervos central (SNC);

Infecțiile cele mai frecvente care apar în SIDA sunt:

– infecții ale sistemului nervos: encefalitele – mai frecvente la adult;

---

[53] Ibidem;
[54] Ibidem, p. 36;
[55] Ibidem;
[56] Ibidem, p. 39;

– infecții pulmonare: pneumonii grave (cu Pneumocystis Carinii);

– infecții digestive: diaree infecțioasă trenantă (cu Salmonella etc.);

– infecții cu ciuperci: candidoze;

– infecții bacteriene: tuberculoză reactivată etc.,

– infecții virale: cu herpes, citomegalovirus[57].

Aceste infecții sunt localizate *la nivelul organelor interne, dar pot fi şi generalizate*. Organismul nu se mai luptă împotriva acestor microbi *care, în mod obişnuit, există în organism şi care nu dau boli la un individ cu o imunitate normală,* motiv pentru care aceste infecții se mai numesc *infecții oportuniste*[58].

Decesul:

– Decesul survine practic la *aproape toți* indivizii infectați cu HIV;

– toți cei infectați cu HIV reprezintă un rezervor de virus pentru semenii lor, mai ales dacă nu sunt cunoscuți;

– punerea diagnosticului de SIDA (prin metoda *Western Blot* şi altele) este un moment dramatic pentru individ, asemănător cu cel de cancer;

– boala implică probleme familiale, dar mai ales sociale, fiind, spre deosebire de cancer, o boală infecțioasă[59];

Infecția HIV/ SIDA la copil:

La copii, căile de transmitere a infecției HIV sunt:

1. *parenterală* (injecții cu ace şi seringi nesterilizate, intervenții chirurgicale, ORL, stomatologice cu instrumentar nesterilizat);

2. *abuzul sexual* (viol) asupra copilului;

3. *calea transplacentară* (în timpul sarcinii): infecția fătului se produce începând cu săptămâna a 15-a de sarcină (3 luni şi jumătate)[60].

---

[57] Mircea şi Lidia Nanulescu, *op. cit.*, pp. 50-55;

[58] Dumitru Bulucea, Augustin Cupşa, *op. cit.*, pp. 36-37;

[59] Ibidem; p. 40;

[60] Ibidem, p. 51;

Se ridică problema dacă *nou-născutul poate fi contaminat şi în timpul contracţiilor uterine din timpul naşterii,* cunoscându-se posibilitatea de trecere a limfocitelor materne în sângele fetal în această etapă. Acest risc nu este încă precis cunoscut. HIV a fost izolat *în secreţiile colului uterin la 25% din femeile* seropozitive care s-au aflat într-un stadiu avansat de boală[61].

Unele studii au demonstrat (C. Rouzioux, 1994) că transmiterea se realizează în momentul naşterii în proporţie de 65% sau la sfârşitul gravidităţii, în special în ultimele doua luni (35%)[62].

Alăptarea a fost pusă în discuţie ca posibil mijloc de transmitere[63].

Conduita faţă de femeia gravidă infectată cu HIV

– dacă mama infectată are un deficit imunitar sever (este într-o fază înaintată de boală), este sfătuită să facă *avort terapeutic* (se consideră că viaţa mamei este pusă în pericol);

– dacă mama infectată este asimptomatică (nu prezintă simptome) şi cu o stare de imunitate bună, *decizia îi aparţine;*

– dacă este necesar un tratament, acesta se va începe;

– dacă mama este în *al doilea trimestru de sarcină*, avortul terapeutic se va efectua la cererea mamei şi cu avizul medicului specialist;

– *în trimestrul al treilea,* se pune problema modalităţii de naştere, fiind indicată de obicei cezariana[64].

Infecţia HIV/ SIDA la adolescenţi şi adulţi:

Adolescenţii şi tinerii reprezintă grupa de vârstă cea mai expusă la infecţia cu HIV şi boala SIDA pe întregul glob datorită următoarelor aspecte: insuficienţa informării cu privire la infecţia HIV/ SIDA; *libertinajul* favorizat de abundenţa unei literaturi pornografice şi a altor informaţii „mass media" şi Internetul unde se

[61] Ibidem, p. 51;
[62] Mircea şi Lidia Nanulescu, *op. cit.*, p. 28;
[63] Ibidem;
[64] Ibidem, p. 25;

uzează abuziv de problemele legate de sex (filme, casete, poze, planşe, site-uri web etc.); *turismul* peste hotare, *toxicomania* etc.[65].

Tratamentul:

În prezent, *nu există un tratament antiviral prin care infecția să poată fi eliminată* din organism; se folosesc medicamente care stimulează imunitatea organismului, medicamente antivirale (care scad înmulțirea virusului, dar nu-l elimină din organism) şi se tratează infecțiile oportuniste[66].

Vaccinarea împotriva HIV:

– s-au încercat mai multe forme de virus, dar un vaccin eficient nu s-a descoperit încă, datorită variabilității antigenelor virale ale HIV (adică a unor formațiuni de la nivelul membranei externe a virusului care îşi modifică mereu configurația şi împotriva cărora trebuie acționat pentru a putea distruge virusul)[67].

Comentarii

– apariția acestei boli este inevitabil legată de *răspândirea homosexualității*, *a prostituției* şi *a drogurilor*;

– răspândirea bolii a lovit inevitabil şi în c*opii nevinovați; avortul terapeutic* nu rezolvă practic nimic: nici pe copil şi nici problema sănătății mamei (este o traumă dublă: *fizică*, ce scade imunitatea, şi *psihică*). *Avortul rămâne o crimă în orice condiții*. Naşterea copilului, chiar cu riscul de a muri, lasă în schimb o conştiință curată.

– *originea acestei boli (la homosexuali*) ne duce cu gândul la o *„pedeapsă venită de la Dumnezeu pentru fărădelegile oamenilor”*. *Sodomia* este un păcat strigător la cer. Avem multe argumente biblice în acest sens: „Zis-a deci Domnul: Strigarea Sodomei şi a Gomorei e mare şi păcatul lor cumplit de greu” (Facere 18, 20); „De se va cul-

---

65 Dumitru Bulucea, Augustin Cupşa, *op. cit.*, p. 59;
66 Ibidem, p. 63;
67 Ibidem, p. 64;

ca cineva cu bărbat ca şi cu femeie, amândoi au făcut nelegiuire şi să se omoare, că sângele lor asupra lor este" (Levitic 20, 13); „Pentru aceea Dumnezeu i-a dat unor patimi de ocară căci şi femeile lor au schimbat fireasca rânduială cu cea împotriva firii; Asemenea şi bărbații lăsând rânduiala cea după fire a părții femeieşti s-au aprins în pofta lor unii pentru ații, bărbații cu bărbații, săvârşind ruşinea şi luând în ei răsplata cuvenită rătăcirii lor" (Romani 1, 26-27).

– Nu există, la ora actuală, „leac" pentru această boală. Se va descoperi probabil atunci când va fi şi voia lui Dumnezeu care întotdeauna ne aşteaptă pocăința...

2). Herpesul genital

Definiție. Frecventă.

– este una din cele mai frecvente boli ale aparatului genital[68];

– este dată de *virusul herpetic uman simplex (HVS) tip 2;* HVS tip 1 produce rar infecții ale aparatului genital (în 12% din cazuri, restul fiind produse de HVS tip 2);

– exceptând herpesul genetic al nou-născutului care nu survine în urma unui contact sexual, numeroase argumente pledează în favoarea transmiterii sexuale a herpesului genital: femeile care au raporturi sexuale cu mai mulți parteneri au mai frecvent herpes; un studiu făcut de Adler şi Storthz arată că frecvența serologiei pozitive cu virusul herpetic tip 2 pe de o parte creşte cu vârsta (5% la 19 ani, 10% între 20-22 de ani şi 17% peste 22 de ani), iar pe de altă parte creşte cu numărul partenerilor (22% pentru femeile cu cel mult 4 parteneri şi 30% pentru cele cu mai mulți parteneri)[69];

– se remarcă o creştere a frecvenței de la an la an a herpesului genital, ca de altfel a tuturor bolilor cu transmitere sexu-

[68] Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 45;
[69] Ibidem, p. 47;

ală, cauzele fiind: *libertatea sexuală, schimbarea frecventă a partenerului, extinderea folosirii contraceptivelor care a favorizat o frecvență mai mare a raporturilor sexuale etc.*[70].

Clinic: deosebim o infecție *primară (de început) şi una recidivantă;*

– *infecția primară* apare sub forma unei erupții însoțită de mâncărime, arsură şi durere. După câteva ore apar vezicule cu conținut lichid clar, care apoi se tulbură, se formează o crustă care cade şi lasă o pată pigmentată care apoi dispare. La *bărbați*, apare la penis, iar la *femei* pe labii, vagin, col uterin şi în jurul anusului. Infecția durează între 3-20 de zile[71].

– *infecția recidivantă (cronică)* apare la *1/3 din cazuri* (2/3 se vindecă). Rana apare întotdeauna în acelaşi loc. Recidivele sunt răni (leziuni) mai mici, durează mai puțin, se cicatrizează mai repede. *Factorii* care declanşează aceste pusee recidivante sunt: contacte sexuale abuzive, menstruația, asocierea altei boli cu transmitere sexuală etc.[72].

Complicații:

1). *a fătului: avort sau naşteri premature, malformații* **(**hidrocefalie, microcefalie), *întârziere mintală şi psihică*,

2). *a mamei: cancer de col uterin*, dat în special de virusul herpes tip 2[73].

Tratament:

– nu există în prezent un tratament specific antiviral a infecțiilor cutanate sau mucoase cu HSV[74];

– cremele în general întârzie cicatrizarea, contribuind la propagarea virusului şi la formarea de noi leziuni (Comitet OMS, 1981)[75];

---

[70] Ibidem, p. 48;
[71] Ibidem, p. 49;
[72] Ibidem, p. 50;
[73] Ibidem, p. 51;
[74] Ibidem, p. 53;
[75] Ibidem;

– Aciclovirul este în prezent singurul antiherpetic eficace şi se face pe cale generală; acest tratament este eficace în 85% din cazuri pentru primul episod de infecţie; vindecarea survine în medie în 8-10 zile faţă de 21 de zile în medie fără tratament; pentru herpesul recidivant se prescrie Aciclovir pe gură timp de 5 zile[76];

– Herpesul genital este o boală uneori cronică, recidivantă, invalidantă şi greu de suportat de către pacient[77].

Mijloacele de prevenire a herpesului genital sunt în prezent limitate; prevenirea absolută constă în a evita contactul cu leziuni active sau secreţii genitale infectate[78].

Comentarii:

Mijloace eficiente de prevenire sunt:
– *evitarea folosirii contracepţiei hormonale* care predispune la herpes;
– relaţii sexuale cu *un singur partener*;
– castitate până la căsătorie;
– fidelitate etc.

3). Infecţia cu Citomegalovirus

Definiţie. Frecvenţă:

– este dată de *citomegalovirus (CMV)* care produce rar îmbolnăviri, dar în ultimul deceniu s-a arătat că acest virus constituie cea mai frecventă cauză virală a infecţiilor intrauterine *(0,5-2% din totalul naşterilor)* fiind transmisă *de la mama infectată la făt*; infecţia cauzează *întârzierea mintală la copii***;** boala apare la copil nu doar congenital, ci şi în condiţii socio-economice precare (lipsa igienei etc.);

– citomegalovirusul face parte din grupul herpes virusuri;

[76] Ibidem;
[77] Ibidem, p. 54;
[78] Ibidem;

– este considerat virusul paradoxurilor; are o potențialitate letală, dar în unele împrejurări prezența sa în organism nu determină niciun simptom;

– boala pe care o produce se numeşte *„boala incluziilor citomegalice”* care este un diagnostic de laborator (boala nu prezintă de obicei simptome);

– *la adult*, boala se transmite în special *pe cale sexuală* şi, în puține cazuri, prin *obiecte contaminate:* mănuşi, lenjerie de corp, cearşafuri etc.

– după infecție, virusul poate fi răspândit mult timp prin salivă, urină, *secreții cervico-vaginale, spermă*, lapte, lacrimi şi sânge;

– *în SUA şi Europa, infecția cu CMV este în creştere*, evidențiindu-se prezența anticorpilor la adulți (care certifică prezența unei infecții în trecut) într-un procent de *20-80%*;

– la femei cu vârsta între 26-30 de ani, CMV se află într-un procent de 2,5% în vagin şi col uterin,

– autorii din Porto Rico au comunicat la Congresul Mondial de Maladii Sexual Transmisibile (Paris, 1986) că au detectat anticorpi anti-HCV la 74 din 75 de *prostituate*, iar autorii din Paris i-au constatat la *32% din 90 homosexuali*.

Clinic: boala este aproape întotdeauna asimptomatică, *în mai puțin de 1% din cazuri apar simptome:* febră, dureri articulare şi musculare, oboseală, faringită. Simptome grave apar la cei cu imunitate scăzută; manifestări grave s-au observat în special la tineri homosexuali cu imunitate scăzută.

Diagnosticul se pune cu ajutorul testelor de laborator, virusul fiind izolat din urină, din secreția vaginală sau spermă.

Complicații: în cursul sarcinii, infecția se transmite fătului, iar nou-născutul are manifestările clinice (în 10% din cazuri) a unor *afecțiuni hepatice / encefalită / pneumonie / surditate / întârziere mintală*. Frecvent se produc *avorturi spontane*;

Tratament: nu există un tratament specific.

Prevenirea: este importantă la gravide. Trebuie prevenită infectarea fătului. Prezența virusului în vaginul femeii antrenează *avorturi, embriopatii* (malformații cardiace, microcefalie, surditate, lipsa căilor biliare), *moartea intrauterină a fătului, septicemie la nou-născut, icter intens, mărirea ficatului şi a splinei, anemie, convulsii*[79].

Comentarii:

– boala, neavând simptome, *devine periculoasă prin complicațiile* pe care le produce, în special *la copilul nenăscut* (embrion, făt), la *nou-născut* (prin transmitere intrauterină) şi la cei *imunodeprimați* (HIV/SIDA, homosexuali etc.);

– *boala este mai frecventă la homosexuali*: un studiu efectuat în iunie 1984 la 262 bărbați infectați (132 homosexuali, 108 heterosexuali şi 20 bisexuali) a evidențiat *anticorpi anti-virus citomegalic (CMV) la 92% dintre homosexuali*, 80% dintre bisexuali şi 56% dintre heterosexuali. S-a concluzionat că „orientarea sexuală s-a dovedit a fi cel mai important determinant în titrul anticorpilor anti-CMV în această populație”[80].

– *boala este mai frecventă la bărbații heterosexuali* care prezintă şi alte boli cu transmitere sexuală, precum *uretritele nespecifice*[81];

– atât la heterosexuali cât şi la homosexuali, *gonoreea este mai frecventă la* pacienții cu titruri ridicate de anticorpi anti CMV (au infecții recente cu acest virus)[82].

– este mai frecventă la *prostituate.*

[79] Traian Ciucă, *op. cit.*, pp. 54-55;
[80] Dr. Genoveva Tudor, *op. cit.*, p. 72;
[81] Ibidem; p. 73;
[82] Ibidem; p. 72;

4). Mononucleoza infecțioasă:

Comentariu:

această boală este studiată şi încadrată în rândul *bolilor infectocontagioase. Nu se transmite prin contact sexual, ci prin sărut*, motiv pentru care autorul a introdus-o în clasificare. Cu toate acestea voi face o scurtă descriere deoarece este mai frecventă la tineri.

Definiție. Frecvență:

– este o boală cu răspândire universală, afectând în general *adolescenții şi tinerii între 15 şi 25 de ani,*

– este dată de *virusul Epstein – Barr*, din grupul Herpes virus, fiind asemănător virusului herpetic;

– incidența : 45 cazuri / 100.000 locuitori,

– contaminarea *nu are loc prin contact sexual ci prin sărut*, pe cale bucală, direct prin salivă, de aceea mai este numită «*boala sărutului*» sau „boala îndrăgostiților"; este totuşi considerată de către autor ca fiind *o boală cu transmitere sexuală* fiindcă se transmite între parteneri.

– este o *maladie a adolescenței şi a adultului tânăr (80% din cazuri)*;

Clinic: virusul pătrunde în gură şi se localizează în faringe; după 15-75 de zile de la infecție apare febra, dureri musculare, eritem faringian (gât roşu), tumefierea ganglionilor cervicali, hepatomegalie (ficat mărit) şi splenomegalie (splina mărită);

Complicațiile sunt rare, sub formă de tulburări neurologice, cardiace, etc. La făt pot produce *naşteri premature, malformații sau avort;*

Tratament: nu există un tratament specific ci doar *simptomatic* (repaus la pat, cortizon la nevoie); vindecarea se produce în 1-3 săptămâni[83].

[83] Traian Ciucă, *op. cit.*, pp. 57-58;

5). Vegetațiile veneriene. Infecția cu papilomavirus (HPV)

Definiție:

– vegetațiile veneriene sunt frecvente şi contagioase, *date de papilomavirusul uman (HPV)*;

– acest virus s-a descoperit destul de recent, în *1954,*

– frecvența infecțiilor cu HPV a crescut *în ultimii 15 ani cu 500% în SUA;*

– este considerată o *„maladie a viitorului”,*

– există *46 de tipuri de virus HPV,* fiecare fiind asociat cu o leziune; HPV 1 produce veruca plantară profundă; HPV 2 produce veruca plană iar tulpinile care produc vegetații veneriene şi *sunt oncogene* (producătoare de cancer de col uterin) sunt: *HPV 6, 11, 16, 18 şi 33*[84].

Transmiterea este sexuală în principal, dar există şi *factori favorizanți* care scad imunitatea organismului şi predispun la această infecție: diabetul zaharat, sarcina, afecțiuni ale sângelui, tratament cu cortizon, lipsa igienei, etc.(idem).

Frecvența:

– infecția apare mai frecvent la femei care au şi alte boli cu transmitere sexuală: *gonoree, candidoză, trichomoniază*[85];

– frecvența bolii este de *6 %* din totalul bolilor cu transmitere sexuală[86];

– în 2003, în România, au fost înregistrate 3.268 de noi cazuri de cancer de col uterin[87];

– din 79 de cazuri internate în Cluj, transmiterea sexuală a fost constatată la 42% din cazuri[88].

---

[84] Ibidem, p. 59;
[85] Ibidem;
[86] Ibidem;
[87] Revista „Curentul”-16. octombrie 2006;
[88] *Consfătuirea anuală de Dermatologie din Arad – octombrie 1985;*

Comentarii:

– cancerul de col uterin apare la *femeile activ sexual*, nu la fetițe;

– infecția cu HPV apare de obicei pe un «*col receptiv*», care a fost « pregătit înainte de alte boli cu transmitere sexuală (gonoree, candidoză, trichomoniază) precum și de alți factori favorizanți precum *fumatul*;

– modificările produse la nivelul colului uterin vor determina o *modificare la nivelul genelor oncogene*, provocând formarea cancerului;

– *obiceiurile sexuale sunt un factor determinant în infecția HPV*. S-a identificat o frecvență relativ înaltă a infecției cu HPV (prezența ADN-HPV care certifică existența unei infecții în trecut) la prostituate (39%) față de femeile căsătorite (14%); la prostituate tipul prevalent este HPV-16 care are risc oncogenic înalt; la femeile căsătorite tipul prevalent este HPV-6 care se asociază cu risc scăzut de cancer cervical; infecția este mai frecventă la femeile tinere; reducerea incidenței infecției cu HPV la femeile vârstnice prin modificarea comportamentului[89].

Clinic:

– incubația (timpul scurs de la infecție până la apariția primelor simptome), durează de la 3 săptămâni la 8 luni (în medie 3 luni);

– simptomele, de obicei discrete, nu le regăsim decât în *30%* din cazuri și constau în: senzație de mâncărime, mici hemoragii, aspectul *condiloamelor* (leziunilor) fiind variat, cu suprafață neregulată, cu mai multe localizări, cele mai frecvente fiind cele *perianale (49%)*, urmate de alte localizări: *25% pe labii, 20% pe vagin, 3% pe penis, și 1,2% pe scrot.* Ulterior leziunile se măresc, luând formă de „creastă de cocoș”, de consistență moale[90].

[89] Dr. Genoveva Tudor, *op. cit.*, pp. 102-103;
[90] Traian Ciucă, *op. cit.*, pp. 61-63;

Complicații:

– leziuni precanceroase şi canceroase ale organelor genitale, cea mai frecventă fiind *cancerul de col uterin*[91];

– evoluția spre cancer a leziunilor date de HPV comportă probabil activarea sau inactivarea unor *gene necunoscute*, poate sub influența unor cofactori ca *administrarea de contraceptive orale, tabagism* şi alți factori mai puțin cunoscuți[92];

– autorii germani au ajuns la concluzia că *femeile care fumează fac mai frecvent cancer de col uterin* deoarece la ele se produc modificări în celulele întregului organism, inclusiv în celulele de la nivelul colului uterin care devin mai receptive la virusurile oncogene transmise pe cale sexuală. Tabagismul partenerului multiplică de 1,5 până la 12 ori riscul neoplasmului de col, tabacul jucând rol prin efectul nicotinei din sperma fumătorilor asupra colului[93].

– la gravide: condilomatoza se poate transmite la nou-născut la care poate avea localizări dificil de tratat (de ex. la laringe)[94].

– progresia de la infecția inițială la leziunile preinvazive şi, ulterior, cancer invaziv necesită o perioadă îndelungată, frecvent de peste 10 ani. Pe lângă implicarea în etiologia cancerului de col uterin, HPV este implicat în proporții diferite şi în geneza carcinoamelor anale, vulvovaginale, peniene şi orofaringiene[95];

Diagnosticul: este uşor de pus, după aspectul leziunilor[96].

Tratamentul infecției: este chirurgical (extirparea) sau de cauterizare a leziunii[97].

---

[91] Ibidem, p. 64;
[92] Ibidem, p. 66;
[93] Ibidem;
[94] Ibidem;
[95] http://medic.pulsmedia.ro/article--x Studiu_Clinic_Preventia_prin_vaccinare_a_cancerului_de_col_uterin,_de_la_deziderat_la_realitate--3394.html ;
[96] Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 64;
[97] Ibidem, p. 66;

Vaccinarea: În momentul de față există *2 tipuri de vaccin anti-HPV* bazate pe particule pseudovirale**:** *bivalent – Cervarix* (conține genotipurile *16 şi 18*) şi *tetravalent – Gardasil* (conține în plus şi genotipurile *6 şi 11*, implicate în etiologia verucilor genitale).

Tabelul 1. Principalele caracteristici ale vaccinurilor profilactice anti-HPV[98]

Tipul vaccinului	Bivalent	Tetravalent
Denumire comercială	Cervarix	Gardasil
Genotipuri	16, 18	16, 18, 6, 11
Concentrație	20 µg HPV 16 + 20 µg HPV 18	20 µg HPV 6 + 40 µg HPV 11+ 40 µg HPV 16 + 20 µg HPV 18
Adjuvant imun	AS04 (hidroxid de aluminiu + monofosforil lipid A)	AAHS (sulfat amorf de aluminiu hidroxifosfat)
Doză (ml)	0,5	0,5
Schema de vaccinare	0,1 şi 6 luni	0,2 şi 6 luni
Producător	Glaxo-Smithkline	Merck

Până în prezent sunt disponibile rezultatele a 4 studii randomizate cu vaccinuri anti-HPV, dintre care 3 cu vaccinul tetravalent.

Din rezultatele acestor studii am extras câteva date mai importante:

„[...] Studiile sugerează că vaccinarea la o vârstă cuprinsă *între 9 şi 15 an***i** generează titruri superioare de anticorpi specifici comparativ cu vaccinarea la o vârstă mai mare, ceea ce ar putea mări durata protecției şi ar putea elimina necesitatea unei doze boost (doză suplimentară). [...] În plus, ultimele studii relevă un înalt grad de eficiență (peste 95%) în prevenția CIN (modificările de început ale cancerului când poate fi tratat şi vindecat) , deşi *urmărirea pacienților este încă scurtă.* În momen-

[98] http://medic.pulsmedia.ro/article--x Studiu_Clinic_Preventia_prin_vaccinare_a_cancerului_de_col_uterin,_de_la_deziderat_la_realitate--3394.html ;

tul de față *nu există încă date care să dovedească eficiența vaccinării anti-HPV în prevenția cancerului invaziv* (cancer în fază tardivă, nevindecabil de obicei) **ş**i va trece încă destul timp până astfel de date vor deveni disponibile, pentru că perioada de la infectarea cu HPV până la apariția cancerului invaziv este frecvent de peste 10 ani [...]"[99]

Efectele secundare ce pot apare după vaccinare: *mâncărime, roşeață sau durere la locul injecției, febră, grețuri*[100].

Comentarii:

Acest vaccin a fost *introdus recent şi în țara noastră;*

Scopul este să prevină infecția cu papilomavirusul uman (HPV, tipurile oncogene); vaccinul nu vindecă o infecție deja existentă;

Din studiile făcute la noi în țară nu avem date despre efectele secundare grave ale acestui vaccin, ci doar despre eficiența lui în ceea ce priveşte prevenirea infecției cu cele patru tulpini oncogene ale virusului papiloma (HPV); aceste studii ne sunt prezentate într-un mod foarte optimist;

La ora actuală avem însă prea *puține date şi despre efectele pe termen lung* ale acestui vaccin (au trecut 4 ani de folosință în SUA), motiv pentru care *nu ne putem lăsa încurajați să-l folosim*; la această precauție ne îndeamnă în special multiplele efecte secundare constatate atât în SUA cât şi în alte țări europene;

Redau o parte din *efectele secundare care ne-au atras atenția* (relatate de către mamele îngrijorate şi disperate ale fetelor vaccinate în Germania):

1.) şoc anafilactic şi epilepsie;

2.) paralizii;

3.) atacuri de panică şi tulburări circulatorii;

---

[99] Ibidem;

[100] http://sanatate.ele.ro/Vaccin_impotriva_virusului_ce_cauzeaza_cancer_uterin_--a(-5235.html, 2006-11-21

4.) stare de rău, grețuri, dureri de cap şi de spate;

5.) căderea părului şi amenoree secundară (lipsa menstruației);

6.) grețuri, tulburări de sensibilitate, dureri articulare, erupții pe piele , oboseală accentuată, amețeli,

7.) lipsa poftei de mâncare, depresie, amețeli.

8.) amețeli, tremurături, parestezii (senzație de arsură) la picioare şi la față;

9.) meningită virală;

etc.[101]

Premizele de la care se pleacă pentru prevenirea cancerului de col le consider *greşite* deoarece nu sunt luate în considerație şi eliminate cauzele directe ale infecției: relațiile sexuale de la o vârstă fragedă; parteneri multiplii; contactarea bolilor cu transmitere sexuală (gonoree, etc.) care favorizează producerea cancerului de col uterin; efectul nociv al fumatului; folosirea contraceptivelor; prostituția, etc. În locul eliminării cauzelor *riscăm să ne îmbolnăvim copii (fetele)* cu un vaccin încă insuficient studiat şi mai ales cu multe efecte secundare despre care nu se vorbeşte.

Investiția mare în aceste vaccinuri ar trebui redirecționată *spre efectuarea testului Babeş Papanicolau* de două ori pe an la toate femeile care au început activitatea sexuală. Costul ar fi mai mic iar eficiența mult mai mare.

6.) Hepatita virală B

Definiție: este dată de *virusul hepatitic tip B (H BV),*

Transmiterea

– virusul este prezent *în sânge şi în secreții* precum: salivă, secreție vaginală, spermă, fapt ce explică multiplele modalități de transmitere;

[101] http://www.sanego.de/Medikament_Gardasil ;

– transmiterea infecției se face pe mai multe căi: *sexuală (hetero- şi homosexuală)*; prin *sânge şi derivate de sânge*; la *toxicomani* care îşi administrează droguri cu seringi nesterile; prin *piercing* în condiții nesterile etc.[102].

– grupurile de risc sunt: personalul medical, bolnavii cu spitalizări prelungite, *contacții apropiați* cu bolnavii de hepatită acută şi cronică, *homosexualii, toxicomanii* care-şi injectează drogurile cu seringi nesterile[103],

– *transmiterea sexuală* se face de la purtătorii sănătoşi, motiv pentru care se mai numeşte «hepatită conjugală». După unii autori este ca frecvență a treia boală cu transmitere sexuală, după gonoree şi sifilis. *Riscul de a contacta o infecție cu HBV creşte cu numărul partenerilor sexuali*. Bărbații purtători de virus hepatitic B *sunt contagioşi pentru parteneră dar nu şi pentru restul familiei.* Un studiu efectuat în SUA în 1977 arată că 38% din partenerii sexuali ai subiecților cu HBV au contactat aceasta boală în timp ce transmiterea la ceilalți contacți din casă a fost minimă[104].

Frecvența bolii:

– numai în SUA se apreciază că apar anual 200.000 cazuri noi, dintre care numai 1/4 au icter (îngălbenirea pielii);

– **frecvența la homosexuali este mai mare.** Statistica făcută în Franța arată că dintre homosexuali 30% au HBV şi dintre heterosexuali numai 5%[105],

– alte studii arată procente asemănătoare: prevalențele infecțiilor VHB la **homosexuali** au fost de 34,4%. Comportamentul sexual este un factor plauzibil care explică transmiterea sexuală a VHB printre bărbații homosexuali[106];

[102] Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 68;
[103] Ibidem, p. 69;
[104] Ibidem, p. 71;
[105] Ibidem, p. 67;
[106] Dr. Genoveva Tudor, *op. cit.*, p. 54;

Clinic:

– după infectarea cu HBV virusul pătruns în sânge, ajunge la ficat unde se înmulțeşte, *provocând lezarea celulelor hepatice*;

– timpul scurs de la infecție până la apariția primelor simptome (incubația) este în medie de 60-90 de zile**;** *singura deosebire între hepatita B contactată prin sânge şi cea cu transmitere sexuală* este faptul că cea din urmă *nu se însoțeşte de icter (îngălbenirea pielii), sau este foarte puțin intens şi apare tardiv.* Evoluția hepatitei B (indiferent de modul de transmitere) este lungă, dificilă, spre vindecare sau cronicizare. Uneori evoluează spre ciroză hepatică (cancer)[107].

Hepatita B şi sarcina:

– *sarcina nu influențează cursul HBV* şi în marea majoritate a cazurilor hepatita evoluează simplu, *fără pericol pentru făt*; prognosticul este legat de *gravitatea atingerii ficatului* şi este întotdeauna mortal în caz de hepatită fulminantă, gravă care pune în pericol şi viața mamei (aceste cazuri sunt rare);

– dacă hepatita survine în cursul trim. I de sarcină (primele trei luni), ea nu antrenează afecțiuni ale fătului. Dacă survine în cursul trim. II sau III, sarcina continuă *normal fără riscul avortului, mortalității în uter sau întârzierea creşterii intrauterine*;

– *riscul este mare de a fi contaminat fătul cu virusul hepatitic B în momentul naşterii*; din acest motiv se vaccinează la ora actuală fiecare nou-născut împotriva HBV, prin 3 doze succesive(la naştere, la 2 luni şi la 6 luni)[108].

Tratament: nu există un tratament specific antiviral pentru HBV. Maladia poate fi benignă, cronică sau mortală fără ca vreun medicament să poată modifica evoluția. Tratamentul este simptomatic: repaus la pat, dietă echilibrată în factori nutritivi,

---

[107] Ibidem, p. 72;
[108] Ibidem, p. 73;

medicamente simptomatice, dar nici un medicament nu modifică convingător evoluția bolii[109].

Profilaxie (prevenire):

– *prevenirea transmiterii materno-fetale:* presupune în primul rând identificarea mamelor care prezintă hepatită acută în cursul trimestrul II sau III de sarcină sau imediat după naştere. Sunt mai greu de depistat gravidele purtătoare cronice de virus. *Vaccinul administrat nou-născutului este eficace,* protejându-l împotriva virusului. Nou-născutul nu necesită izolare şi nu trebuie separat de mamă dar nu va fi alăptat fiindcă laptele poate conține antigen HBs[110];

Comentarii

– este necesară o informare corectă a mamelor care au contactat hepatita B în timpul sarcinii asupra unei *evoluții normale a ei, fără ca să fie afectat fătul*;

– deseori este propus *avortul terapeutic* în cazurile în care mama a contactat hepatita acută B în primele 3 luni de sarcină (trim. I), cu toate că în acest timp boala nu reprezintă un pericol pentru făt. Fătul nu este afectat nici în următoarele 6 luni de sarcină, excepția o face doar hepatita fulminantă în care este pusă în pericol viața mamei şi dacă aceasta nu ar fi însărcinată. Atunci implicit va suferi şi fătul. Aceste cazuri sunt însă rare.

IV). Infecția cu Chlamydia Trachomatis

Definiție. Frecvență

– infecția cu Chlamydia Trachomatis este considerată cea mai frecventă cauză a infecțiilor genitale, atât la femei cât şi la bărbați; apare în 30-60% din infecțiile negonococice[111];

[109] Ibidem, pp. 74-75;
[110] Ibidem, pp. 75-76;
[111] Traian Ciucă, *op. cit.*, pp. 125-126;

– este produsă de *Chlamydia Trachomatis, serotipurile D-K; serotipuri L1-L3* provoacă altă boală (limfogranulomatoza inghinală benignă) tratată la „Ulcerații genitale”[112];

– *transmiterea* se face prin *contact sexual* (cu excepția transmiterii în cursul gravidității la făt)[113];

– numeroase cazuri sunt *asimptomatice* (fără simptome); dintre bărbații consultați, fără simptome, 1-7% sunt purtători de Chlamydia Trachomatis şi 5-20% dintre femeile asimptomatice[114].

– la noi în țară Atanasiu şi colab. (1984) constată Chlamydii la *20,6% dintre gravide*[115];

– *contracepția favorizează apariția de boli venerice* precum Chlamydia şi Trichomoniaza iar sterilетul creşte de 4 ori după o statistică realizată în SUA[116].

Clinic: se manifestă sub formă de *uretrită la bărbat* şi *cervicită la femeie* (infecția colului uterin). Infecția apare după o perioadă de 1-4 săptămâni de la contactul sexual[117];

a) la bărbat: uretrita se manifestă ca o forma subacută (simptome mai atenuate), cu secreție puțin abundentă, clară, redusă uneori doar la „picătura matinală” sau doar o senzație de arsură la nivelul uretrei. *Complicații:* ele survin în urma unui episod de uretrită netratată sau rău tratată şi sunt: prostatită (infecția prostatei), epididimită (infecția epididimului cu interesarea spermatozoizilor, cu risc secundar de sterilitate), proctită (la homosexuali)[118]. Chlamidia Trachomatis este *cauza principală a epidimitelor la bărbații sub 35 de ani şi joacă un rol major în sterilitatea masculină*[119].

[112] Prof. Univ. Dr. Dumitru Justin C. Diaconu, *op. cit.*, pp. 488-489;
[113] Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 126;
[114] Ibidem;
[115] Ibidem, p. 127;
[116] Ibidem, pp. 147-148;
[117] Prof. Univ. Dr. Dumitru Justin C. Diaconu, *op. cit.*, pp. 488-489;
[118] Ibidem;
[119] Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 130;

b) la femei: infecția se manifestă sub forma unei *cervicite* (infecție a colului uterin) fără simptome, depistată întâmplător (la examenul ginecologic cu valva) sau prin prezența unei secreții vaginale (leucoree) mucopurulentă şi sângerări după contact sexual. *Complicații: salpingită* (infecția trompelor, cu risc de sterilitate) şi *boala inflamatorie pelviană* (cea mai severă complicație) având ca principala consecință *sterilitatea*[120]. Cea mai frecventă complicație rămâne *salpingita* şi apare mai ales la femeile tinere. Autori din Camerun într-o lucrare comunicată în 1986 arată că au constatat Chlamidia Trachomatis la 83% dintre femeile cu boli a trompelor uterine şi cu sterilitate. După unii autori *50% din anexite* (infecții ale trompelor şi ovarelor) sunt determinate de Chlamydia. Alte complicații generale sunt: *conjunctivita, artrite (la nivelul genunchilor), complicații cardiace, neurologice, pulmonare*. Localizarea faringiană este frecventă la cei care practică *contacte oro-genitale*[121].

Complicații la femeia gravidă: s-a constatat că microorganismul trece prin placentă, descoperindu-se infecții cu Chlamyidia la copii născuți prin cezariană; în prezent este unanim acceptat faptul că infecțiile cu Chlamydia la nou-născuți sunt rezultatul contaminării lor în timpul naşterii de la mame cu vaginită chlamydiană[122].

Diagnosticul: este dificil de pus deoarece majoritatea infecțiilor sunt asimptomatice. Sunt trei metode care identifică infecția cu Chlamydia: examenul direct, efectuarea de culturi a materialului prelevat de la locul infecției şi examenul serologic (din sânge)[123].

Tratament: este necesar un tratament *prelungit de 10-20 de zile, în acelaşi timp cu partenerul.* Tratamentul unei infecții cu Chlamydia la nou-născut nu se limitează doar la acesta ci tre-

[120] Prof. Univ. Dr. Dumitru Justin C. Diaconu, *op. cit.*, pp. 488-489;
[121] Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 130;
[122] Ibidem, pp. 131-132;
[123] Ibidem, p. 129;

buie *administrat şi părinților, purtători ai infecției*[124].

Profilaxia (prevenirea): este foarte importantă; la noi în țară Chlamydia Trachomatis a fost constatată la 20,6% dintre gravide. În timpul naşterii, nou-născutul contactează conjunctivită şi faringită care apoi se complică frecvent cu o pneumonie[125].

Comentarii

– această afecțiune este foarte *frecventă la tineri, dar de cele mai multe ori este asimptomatică*. În lipsa simptomelor nu se pune diagnosticul la timp şi infecția se cronicizează determinând în final *sterilitate secundară*, atât la femei cât şi la bărbați. *Sterilitatea secundară (cauzată de bolile cu transmitere sexuală) este mai greu de tratat la bărbați decât la femeie*. La femei nu este afectat direct gametul sexual (ovulul) cum se întâmplă *la bărbați* la care este afectat în mod direct spermatozoidul: fie prin scăderea numărului spermatozoizilor (oligospermie) până la lipsa lor (azoospermie), fie prin afectarea mobilității lor (astenospermie) când spermatozoizii nu se pot deplasa spre trompă la locul de fecundare, fie prin afectarea formei lor (morfologiei). Aceste modificări sunt deseori ireversibile iar sterilitatea este greu sau deloc tratabilă (puține cazuri pot fi tratate, folosindu-se pentru fecundare metode de fertilizare artificială). La femei, sterilitatea secundară este dată în cele mai multe cazuri de *obstrucția ambelor trompe uterine în urma salpingitelor (infecția trompelor);*

– infecția cu Chlamydia este *favorizată de folosirea contraceptivelor* care modifică pH-ul vaginal (hormonii din pilula contraceptivă creează un mediu alcalin favorabil microbilor, inclusiv a Chlamydiei);

– numărul infecțiilor cu Chlamydia a crescut alarmant în rândul homosexualilor[126].

---

124 Ibidem;

125 Ibidem, p. 133;

126 Dr. Genoveva Tudor, *op. cit.*, p. 73;

V. Infecţia cu Mycoplasme

Definiţie:

– *Mycoplasmele* (cele mai mici bacterii fără perete celular şi rezistente la Penicilină din acest motiv) sunt răspunzătoare de 10-20% din uretritele negonococice(infecţii ale uretrei la bărbaţi şi femei)[127];

– Mycoplasmele se împart în două categorii: *patogene*, adică producătoare de boli şi comensale, adică *nepatogene*[128]

– - se cunosc *11 mycoplasme patogene pentru om*[129];

Clinic:

– simptomele apar între 3 şi 30 de zile de la *contactul sexual*;

– infecţiile pe care le determină *la femei* sunt: *vulvo-vaginite, uretrite şi sapingite acute*[130]

Complicaţii:

La femei:

– în timpul *gravidităţii: avortul spontan.* Avorturile febrile sunt asociate frecvent cu prezenţa mycoplasmelor. La femeile gravide mycoplasmele din vagin pot pătrunde în lichidul amniotic determinând *infecţie amniotică* şi *naştere prematură.* În urma unui studiu efectuat într-un spital din Africa de Sud, din 256 de nou-născuţi la care s-au izolat micoplasme, 45% au prezentat diferite afecţiuni[131].

– *Sterilitatea*[132];

– *Cancerul de col uterin:* în 1989 s-a pus în evidenţă rolul mycoplasmei în producerea cancerului de col uterin prin doi fer-

---

[127] Prof. Univ. Dr. Dumitru Justin C. Diaconu, *op. cit.*, p. 489;
[128] Ibidem;
[129] Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 135;
[130] Ibidem, p. 136;
[131] Ibidem, p. 138;
[132] Ibidem;

menți produşi de aceştia (ureaza şi peroxidaza) care intervin în cancerogeneză. Rolul Mycoplasmei în producerea cancerului de col uterin *creşte când sunt prezenți şi alți microbi sau virusuri* care au scăzut în prealabil imunitatea colului uterin. În consecință, *prin tratarea infecțiilor cu mycoplasme scade riscul acestui cancer*[133].

La bărbați:

- balanita;
- prostatita;
- epididimita care duce *la sterilitate;*
- cistita hemoragică;
- artrite (rar)[134];

Tratament: se administrează antibiotice de către medicul specialist[135].

Profilaxie: profilaxia *la gravide* este foarte importantă pentru a împiedica transmiterea infecției la făt la care provoacă avorturi spontane, prematuritate şi afecțiuni respiratorii după naştere[136].

Comentarii

– având în vedere că prezența mycoplasmelor patogene este constatată în secrețiile vaginale la 10-30% dintre gravide[137] cu posibilitatea trecerii microorganismului din vagin în lichidul amniotic pe care îl infectează, se poate produce moartea intrauterină a fătului, deci un *avort spontan*;

– deşi am tratat separat aceste boli cu transmitere sexuală, trebuie specificat faptul că ele *se asociază în mod frecvent, ceea ce face mai dificilă diagnosticarea lor*; în acelaşi timp cresc şi numărul de complicații; *mycoplasmele*

[133] Ibidem; p. 139;
[134] A. Popescu, *op. cit.*, p. 174;
[135] Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 140;
[136] Ibidem, p. 141;
[137] Ibidem;

se asociază frecvent cu gonoreea; gonoreea la rândul ei se asociază frecvent şi cu alte boli, creându-se un lanț vicios; netratate corespunzător *creşte frecvența sterilității* secundare, atât la femei cât şi la bărbat;

– nu trebuie neglijat posibilitatea producerii de *cancer de col uterin*: infecția cu Mycoplasme se produce de obicei *pe un col „receptiv", cu imunitate scăzută*, datorită unei infecții anterioare cu alți microbi (cel mai frecvent Chlamydia). Această *suprainfecție a colului uterin cu mycoplasme sau uneori cu HPV (Papilomavirus)* va duce la apariția unor modificări la acest nivel şi în final cancer dacă nu este depistat şi tratat la timp.

VI). Infecția gonococică (Gonoreea/Blenoragia)

Definiție. Frecvență. Transmitere.

– gonoreea este e o boală cu *transmitere sexuală majoră*, produsă de un microb numit gonococ şi se manifestă la bărbat prin *uretrită acută* iar la femei prin infecția colului uterin (*cervicită*), adesea fără simptome[138];

– *este cea mai frecventă boală cu transmitere sexuală*[139];

– frecvența crescută a gonoreei în general se explică prin scăderea sensibilității gonococului la penicilină, tratament insuficient sau datorită cazurilor nediagnosticate care constituie surse de îmbolnăvire[140].

– poate afecta în afara aparatului uro-genital şi alte organe precum rectul, gâtul (orofaringe)şi ochiul[141];

– *transmiterea la adult este întotdeauna prin contact sexual*[142];

– contaminarea se poate produce şi **la naştere,** când se transmite de la mama infectată la copil, dar este rară fiindcă gono-

---

138 Prof. Univ. Dr. Dumitru Justin C. Diaconu, *op. cit.*, p. 482;
139 Ibidem;
140 Rodica Cosgarea, *op. cit.*, p. 179;
141 Ibidem;
142 Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 143;

cocul rezistă foarte puțin timp în afara organismului uman[143];

– după expunerea față de partenerul infectat, *20-50% dintre bărbați şi 70-90% dintre femei devin infectați* (contagiozitate foarte mare)[144].

– alți autori redau un procent asemănător: riscul infecției cu gonococ după un singur contact a fost estimat la *23-35%*[145].

Frecvența bolii este în creştere datorită mai multor factori favorizanți:

– mai mulți parteneri sexuali (în special la tineri);

– infidelitatea, promiscuitatea;

– este mai frecventă la celibatari;

– *începerea vieții sexuale mai timpuriu*, în adolescență: în SUA în 1979, *50% dintre adolescentele cu vârsta cuprinsă între 15-19 ani* din mediul urban începuseră viața sexuală; dintre acestea *multe luau pilule anticoncepționale*; la această vârstă numărul femeilor infectate este de 3 ori mai mare decât al băieților în timp ce *între 20 şi 24 de ani numărul băieților predomină*;

– *folosirea tot mai frecventă a pilulei contraceptive şi a steriletului:* dispare frica de sarcină iar *contracepția favorizează apariția de boli venerice precum Chlamydia şi Trichomoniaza iar steriletul creşte riscul acestei boli de 4 ori după o statistică realizată în SUA*[146];

Clinic:

a) la bărbați: infecția apare la 2 –5 zile de la contact, producând o *uretrită acută* (infecția uretrei) care se manifestă printr-o secreție purulentă galben-verzuie, abundentă însoțită de mâncărime, dureri şi arsuri în timpul micțiunii (urinatului), erecții dureroase. Netratată, apar complicații şi se poate croni-

143 Rodica Cosgarea, *op. cit.*, p. 179;
144 V. Ancăr, *Ginecologie*, Editura Național, Bucureşti, 1999, p. 118;
145 Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 144;
146 Ibidem, pp. 147-148;

ciza. *Complicațiile* sunt *locale:* balanită, fimoză, parafimoză şi *regionale:* orhită (inflamația dureroasă a testiculului), prostatită (infecția prostatei) şi epididimită, cu *risc serios de sterilitate secundară*[147].

b) *la femei*: majoritatea femeilor cu gonoree *nu au simptome*; dacă simptomele există, ele apar la 3-5 zile de la expunere, ca o vulvovaginită *acută* (inflamația vulvei şi a vaginului) manifestându-se cu simptome evidente, supărătoare: inflamația labiilor, secreții purulente, galben-verzui, mâncărime şi senzație de arsură la nivelul vaginului, durere la urinat şi urinare frecventă iar la examen se constată un col uterin inflamat, roşu şi sensibil. Uneori infecția se *generalizează* putând afecta articulațiile (dureri articulare, artrite purulente) sau chiar inima (endocardite) şi sistemul nervos (meningita gonococică)[148]. Netratată boala devine *cronică,* cu puține simptome (secreție şi fenomene subiective moderate, frecvent apreciată ca o scurgere banală). *Peste 50% din cazuri nu au simptome* fiind adevărate surse de infecție. *Complicațiile:* sunt mult mai frecvente la femei decât la bărbați şi sunt următoarele: infecția acută a glandelor din labii cu tumefierea acestora, însoțită de febră şi stare generală alterată; infecții ale trompelor uterine (salpingite) şi a ovarului. *Afectarea ambelor trompe determină secundar sterilitate.* Pelviperitonita este o altă complicație foarte gravă. *La fetițe* gonoreea se produce prin contact indirect (lenjerie, prosoape contaminate şi baie) şi se manifestă sub forma unei vaginite acute cu secreții purulente, şi mâncărime iar prin scărpinat şi atingerea ochilor se poate produce conjunctivita gonococică. Netratată, simptomele se atenuează şi *infecția se cronicizează*[149]. Autorii sovietici raportează în 1986 rezultatele unui studiu complex pe

---

[147] Prof. Univ. Dr. Dumitru Justin C. Diaconu, *op. cit.*, pp. 482-483;
[148] V. Ancăr, *op. cit.*, p. 119;
[149] Prof. Univ. Dr. Dumitru Justin C. Diaconu, *op. cit.*, p. 484;

1000 de cupluri cu sterilitate; se concluzionează că o cauză a infertilității este gonoreea cronică cu variatele sale complicații care au fost constatate în *cuplurile sterile la 58% dintre femei şi 33% din bărbați*[150].

La gravide: în timpul ultimului trimestru de sarcină infecția gonococică maternă poate provoca ruperea prematură a membranelor, cu *naştere prematură* (înainte de termen) şi cu infecția fătului; în timpul naşterii gonococul poate produce infecții la conjunctive, faringe, aparatul respirator sau canalul anal al nou-născutului. În acelaşi timp creşte şi riscul complicațiilor la mame[151].

Tratament: se efectuează cu antibiotice. În ultimii ani gonococul a devenit rezistent la Penicilină (antibioticul de elecție folosit în trecut)[152].

Comentarii

– *frecvența gonoreei* în populația generală este *în prezent de trei ori mai ridicată* decât a fost la mijlocul anilor 1990[153].

– *în rândul homosexualilor* cresc foarte mult cazurile de gonoree rezistente la Ciprofloxacină (un antibiotic folosit în tratament)[154];

– *toate bolile cu transmitere sexuală* (inclusiv gonoreea) cunosc o creştere de la an la an în rândul tinerilor; unul din motive îl constituie şi *orientarea greşită a educației sexuale din şcolile noastre* care încurajează viața sexuală prin răspândirea metodelor contraceptive la elevi (prezervative, contraceptive hormonale); acelaşi lucru îl observăm în cabinetele de planificare familială;

– *prevenirea gonoreei (profilaxia)* se poate realiza doar prin eliminarea factorilor favorizanți: *educația premari-*

[150] Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 155;
[151] Ibidem, p. 156;
[152] Ibidem;
[153] Ibidem; p. 84;
[154] Dr. Genoveva Tudor, *op. cit.*, p. 83;

tală corectă a tinerilor în vederea unei vieți curate până la căsătorie (în America există programe în şcoli care promovează abstinența); *combaterea homosexualității, a promiscuității, a prostituției etc.*

VII). Lepra

– este o boală cu răspândire universală dar cu prevalentă inegală în diferite arii geografice: frecvența mai mare în regiuni tropicale, în țările africane şi în unele zone din America de Sud; *în Europa incidența bolii este foarte redusă;*

– este determinată de o bacterie numită *Mycobacterium leprae;*

– sursa bolii este omul bolnav care elimină microbul prin leziuni ale pielii şi prin aerul expirat;

– poate fi studiată în cadrul BTS datorită *contaminării conjugale* observată la diferite populații ale globului unde se raportează că *7,5% din cazuri sunt transmise sexual* (Africa Ecuatorială, Antile, insulele din Pacific)[155].

– diagnosticul se pune prin teste de laborator (serologic);

– tratamentul: medical (cu chimioterapie) şi chirurgical[156].

VIII). Vaginita nespecifică

Definiție. Frecvență.

– vaginita nespecifică este determinată de *Gardnerella vaginalis*, cel mai frecvent în asociație *cu anaerobi* (microbi care trăiesc în lipsa oxigenului);

– Gardnerella produce aminoacizi necesari microbilor anaerobi, iar anaerobii produc amine care cresc pH-ul vaginal (îl alcalinizează) fiind favorabil înmulțirii Gardnerellei;

[155] Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 161;
[156] Ibidem, p. 162;

– Vaginita nespecifică este *mai frecventă la femeile care au mai mulți parteneri;*
– în SUA se estimează că 7.500.000 de femei sunt infectate anual;
– *la bărbat* Gardnerella nu produce uretrită dar el poate re-infecta partenera[157].

Clinic:

a) *la femei* simptomele apar după 5-7 zile de la momentul infectant prin contact sexual, cu o secreție vaginală de un miros dezagreabil (de pește) însoțită de mâncărime și usturime fiind diagnosticată ca *vaginită.* Uneori nu există simptome (formă asimptomatică). Complicațiile sunt minore, dar *la gravide* infecția poate provoca *avorturi, nașteri premature* și uneori stare febrilă după naștere[158];

b) *la bărbați*: acest bacil se poate găsi în uretră fără a produce nici un simptom. Când *este asociat cu alți microbi* și când aceștia predomină poate determina infectarea prostatei și a veziculelor seminale (care produc sperma) și implicit *infecția spermei.* În peste 50% din cazuri această infecție este determinată de *Escherichia Coli* (microb care produce cel mai frecvent infecțiile urinare). *La 42% dintre bărbații cu infertilitate inexplicabilă se constată germeni anaerobi*[159].

Diagnosticul: se pune pe aspectul microscopic al celulelor vaginale, acoperite de microbi[160].

Tratament: se tratează cu antibiotice (metronidazol, antibioticul cel mai eficient în tratarea infecțiilor cu anaerobi)[161].

[157] Ibidem, p. 163;
[158] Ibidem, p. 164;
[159] Ibidem, p. 165;
[160] Ibidem, p. 166;
[161] Ibidem;

IX). Candidoza genitală (Micoză/ Ciupercă)

Definiție: este o afecțiune cauzată de ciuperci din genul Candida, cel mai frecvent agent fiind *Candida albicans*. Din cele câteva mii de specii de ciuperci, numai câteva zeci pot fi patogene pentru om (producătoare de boli)[162].

La nivelul organelor genitale, *Candida albicans este comensală* (adică se află în permanență la acest nivel, fără a provoca o boală); doar facultativ, *în anumite condiții devine patogenă* (producătoare de boli)[163].

Condițiile în care candina albicans devine patogenă (cauze favorizante):

a) *cauze generale*: diabet, obezitate, avitaminoze, tulburări endocrine (*estrogenii endogeni, naturali în cantitate crescută***),** administrare de antibiotice în cure prelungite (Metronidazol, Penicilină), administrare de Cortizon, Citostatice sau Imunosupresive; folosirea *anticoncepționalelor care măresc de 3 ori frecvența* candidozelor vaginale (prin creşterea glucocorticoizilor din sânge, prin prelungirea descuamării epiteliului vaginal şi scăderea eliminării lui, favorizând astfel dezvoltarea ciupercilor). *La gravide*: hipersecreția de estrogen şi progesteron favorizează dezvoltarea candidei[164].

b) *cauze locale*: traumatisme mici repetate (explorări manuale, spălături vaginale etc.); malformații congenitale (fimoză congenitală etc.)[165].

Frecvență: Candidozele uro-genitale reprezintă aproximativ *15-20%* din infecțiile negonococice[166].

Transmitere: există 3 căi de transmitere, dintre două extra-

[162] Ibidem; p. 167;
[163] Ibidem, p. 168;
[164] A. Popescu, *op. cit.*, pp. 194-195;
[165] Ibidem, p. 196;
[166] Ibidem; p. 193;

sexuale şi una sexuală: a) Candida albicans ajunge în vagin din tubul digestiv şi regiunea din jurul anusului, în timpul toaletei (defecației); b) ciuperca se înmulțeşte după un tratament îndelungat cu antibiotice(mai frecvent la femei); c) de la pielea infectată din regiunea genitală se transmite la partenerul sănătos prin *contact sexual*[167];

Calea sexuală este evidentă şi a fost demonstrată de autori. Ciucă, Tacu, Bodeanschi şi Landesman au găsit leziuni candidozice *la 73,3% din partenerii sexuali ai femeilor bolnave*. Dintre aceştia 53% aveau leziuni tipice iar 47% nu aveau nici un simptom. Tot ei au găsit candidoze uro-genitale *la 69% din partenerele sexuale* ale bolnavilor cu balanită candidozică. Dintre acestea, 67% aveau leziuni tipice şi numai 8% nu aveau nici un simptom[168]. În consecință, femeile aproape întotdeauna prezintă simptome iar bărbații sunt asimptomatici în aproape jumătate din cazuri.

Clinic:

a) *la femei* produce o *vulvo-vaginită candidozică* care se manifestă prin mâncărime foarte intensă şi permanentă la nivelul vulvei, însoțită de o secreție albicioasă (leucoree), foarte abundentă, cremoasă, cu inflamația şi înroşirea vulvei, cu mici leziuni (răni)[169];

b) *la bărbați* produce o *uretrită candidozică* (inflamația uretrei) cu mâncărime, urinări dese şi dureroase şi *balanită candidozică* (inflamație la nivelul penisului), cu depuneri albicioase, cremoase, cu mici leziuni (răni). Leziunile pot duce la *fimoză*[170].

Complicații:

b) *la bărbați* candidoza se poate extinde la întregul aparat urogenital producând infecția prostatei (prostatită), epididimi-

---

[167] Ibidem, p. 169;
[168] Ibidem, p. 197;
[169] Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 170-171;
[170] Ibidem;

te (cu repercusiuni asupra spermatogenezei cu *risc de sterilitate*) şi uneori pielonefrite (infecţii ale rinichilor).

a) *la femei***:** infecţia urcă rar la uter şi trompe dar *scade fertilitatea;*

La gravide: produce *complicaţii la făt şi nou-născut.* La făt poate produce o candidoză fetală, cea mai gravă fiind forma ei generalizată la prematur (copil născut înainte de termen) care poate fi cauza morţii acestuia. La nou-născut candidoza s-a găsit la 5% din cazuri, cea mai frecventă fiind forma bucală (în gură), mai rar anală, perigenitală şi excepţional forma generalizată[171].

La ambele sexe: a) candidoza dă complicaţii la persoanele cu tulburări metabolice (cu diabet, neoplasme, ciroza), la persoane cu rezistenţă naturală scăzută (nou-născuţi şi bătrâni) şi la cei care fac tratamente prelungite cu antibiotice, cortizon şi citostatice; b) *complicaţiile psihice*. Datorită mâncărimii intense şi mai ales a frecventelor recidive, bolnavii sunt adesea obsedaţi de această infecţie, ei reduc raporturile sexuale şi nu rar au loc conflicte familiale. Ei trebuie înştiinţaţi că recidivele sunt benigne, nu sunt periculoase şi pentru prevenirea lor trebuie înlăturaţi factorii favorizanţi[172].

Tratamentul: este *local* (nu general) deoarece medicamentele antifungice (pentru ciuperci) nu sunt solubile în apă şi nu pot traversa peretele intestinal, deci nu se absorb în sânge. Tratamentul oral (pe gură) se face doar în cazul în care candidoza genitală este asociată cu o candidoză digestivă. Trebuie *înlăturaţi factorii favorizanţi* (tratarea diabetului) etc.[173];

Profilaxia: este foarte importantă *la gravide* deoarece candidoza vaginală este de două ori mai frecventă decât la ele decât la femeile neînsărcinate. Este necesar un tratament corect al

[171] Ibidem, p. 172;
[172] Ibidem, p. 173;
[173] Ibidem, p. 173;

acestei infecții pentru a nu fi transmisă la făt la care, deşi foarte rar, poate provoca complicații grave, inclusiv moartea nou-născutului[174].

Comentarii

– nu putem să ne limităm doar la *profilaxia candidozei la gravide, diabetici* şi alți bolnavi cronici ci se impune să o facem *şi la tineri*; mă confrunt deseori la cabinet cu cazuri de studente care şi-au început viața sexuală şi prezintă candidoze vaginale recidivante (ca boală cu transmitere sexuală), greu tratabile;

– folosirea *contraceptivelor hormonale* favorizează infecția precum şi recidivele; *tratamentul este ineficient* cât timp se foloseşte pilula;

– *bărbatul fiind de obicei asimptomatic* nu se tratează şi reinfectează partenera.

X). Infecții parazitare

Organele genitale prezintă *boli parazitare minore, transmise îndeosebi pe cale sexuală;* cele mai frecvente sunt următoarele trei:

1. *Infecțiile cu Trichomonas Vaginalis* (Trichomonaza uro-genitală);
2. *Pediculoza* (Ftiriaza / Infectarea cu Păduchi).
3. *Scabia* (Râia)[175]

1. Infecțiile cu Trichomonas Vaginalis (Trichomonaza uro-genitală)

Definiție. Frecvență.

– omul este parazitat de trei specii de Trichomonas. Dintre acestea, specific pentru tractul uro-genital la om este Trichomonas vaginalis;

[174] Ibidem, p. 175;
[175] Ibidem, p. 176;

– Trichomonas Vaginalis este un parazit care se transmite cel mai adesea prin *contact sexual* provocând infecții ale aparatului genital şi urinar la femeie şi bărbat; practic nu se poate transmite şi pe cale indirectă prin intermediul obiectelor contaminate, fiind foarte sensibil la uscăciune.

Clinic:

a) se manifestă *mai frecvent la femei*, sub forma unei *vulvovaginite* cu secreții spumoase, galben-verzui; alteori se manifestă ca o *uretrită* cu durere la urinat; uneori este prezentă doar o mâncărime vulvară; infecția este favorizată de menopauză, *de administrarea de estrogen în exces* şi de modificările pH-ului vaginal prin alcalinizarea lui. În mod *normal, pH-ul vaginal este acid* datorită lactobacililor de glicogen, având astfel un efect bactericid (distrug microbii). Prin distrugerea acestor lactobacili (*estrogen în exces etc.*), este favorizată agresiunea microbilor.

b) la *bărbați*, evoluează ca o *uretrită discretă*, cu secreție puțină, clară, şi mai rar purulentă, cu durere la urinat. De obicei, evoluează fără simptome şi uneori se vindecă spontan, alteori se complică cu infecția prostatei[176].

Complicații:

a) *la femei*: inflamația glandelor vulvare (bartolinite) şi durere în timpul actului sexual (dispareunie), salpingite (infecția trompelor uterine). *La gravide* poate provoca *avorturi spontane*, ruperea prematură a membranelor şi naştere prematură; b) *la bărbați*: prostatită (infecția prostatei) după o uretrită netratată sau rău tratată[177].

Tratament:

– antibioticul de elecție este Metronidazol. La gravide se face un tratament local. Unii medici prescriu Metronidazol, dar numai în a doua jumătate a sarcinii.

---

[176] Prof. Univ. Dr. Dumitru Justin C. Diaconu, *op. cit.*, p. 490;
[177] Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 183;

– *Partenerul sexual este tratat obligatoriu*[178].

*Profilaxia***:** la gravide frecvența parazitozei este asemănătoare cu cea constatată la negravide, parazitul fiind prezent la aproximativ 10% dintre pacientele prezentate la cabinetul de ginecologie. Prin tratarea parazitozei gravidelor, se previne infectarea nou-născuților în timpul nașterii. Parazitul este mai frecvent la copii prematuri, subponderali (cu greutate mică la naștere) și la fetițele mamelor cu diabet[179].

Comentarii:

– prin *administrarea pilulei contraceptive* cu estrogen, este modificat (alcalinizat) pH-ul vaginal, favorizând infecția cu Trichomonas Vaginalis.

– „*Contracepția favorizează apariția de boli venerice precum Chlamydia și Trichomoniaza*, iar steriletul crește de 4 ori după o statistică realizată în SUA"[180].

2. Pediculoza pubiană (Ftiriaza pubiană)

Definiție. Incidență.

– Pediculozele (boli date de păduchi) erau considerate afecțiuni parazitare eradicate (dispărute), dar au început să reapară fiind semnalate în mai toate țările globului[181]; *Pediculoza pubiană*, boală contactată aproape totdeauna *prin contact sexual* este dată de un parazit numit *Phtyrius pubis* sau *păduche lat*, cu afinitate pentru părul pubian[182],

– rar poate fi contactată prin lenjerie[183].

Clinic:

– principalul simptom și cel mai supărător pentru bolnav este *mâncărimea* (prurit), care este *intensă și mai ales nocturnă*

---

[178] Ibidem, p. 134-135;
[179] Ibidem; p. 186;
[180] Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 147-148;
[181] Ibidem; p. 187;
[182] Ibidem;
[183] Ibidem;

producând insomnie;

– în urma înțepăturilor pe piele, apar *mici pete albăstrui* care sunt specifice pentru această boală;

– localizarea leziunilor este în marea majoritate a cazurilor în *regiunea pubiană, inghinală şi pe fața internă a coapselor*; rar se localizează în jurul anusului, în părul axilar, în barbă, mustăți şi gene sau sprâncene;

– trebuie *diferențiat* păduchele lat care se transmite prin contact sexual de păduchele de cap sau de păduchele de corp[184].

Tratament: este local, cu antiparazitar (Lindan)[185].

3. Scabia (Râia)

Definiție. Frecvență.

– este o *afecțiune parazitară cutanată foarte contagioasă* care e încadrată între *bolile minore cu transmitere sexuală*[186];

– este dată de **S***arcoptes scabiae*, un parazit,

– se transmite prin *contact sexual*, dar şi *prin lenjeria intimă, haine etc.*

Clinic:

– responsabilă de simptomele principale ale bolii este *femela*; ea trăieşte trei luni, iar masculul trăieşte mai puțin de 2 luni şi moare imediat după fecundare; femela îşi „sapă" un şanț în piele, unde depune ouăle (10-25 la număr) şi moare la capătul galeriei din care nu mai poate ieşi; din ouă apar larve care ies la suprafața pielii şi apoi ele se transformă în adulți[187]

– simptomele apar *după 14 zile* de la infecție, cu o *mâncărime intensă*, mai ales noaptea. Se observă pe piele, la nivelul organelor genitale, coapse, abdomen şi sân, un minuscul „şanț acarian" la capătul căruia se evidențiază vezicule perlate (pro-

[184] Ibidem, p. 188;
[185] Ibidem;
[186] Ibidem, p. 189;
[187] Ibidem;

duse de înțepăturile parazitului)[188];

– la persoane cu o igienă foarte bună se constată forme mai atenuate când diagnosticul este dificil de pus;

– dacă s-au folosit unguente cortizonice, boala nu va putea fi recunoscută, motiv pentru care nu este indicat ca tratamentul să se facă fără consultația unui medic[189].

Complicații: netratată corespunzător, scabia se poate complica uşor prin suprainfecție; aceste colecții purulente se pot complica cu afecțiuni renale[190];

Tratamentul: este local, pe piele, cu un *antiparazitar* **(**Benzoat de benzil, unguent cu sulf, Lindan). Tratată corect, boala se vindecă uşor[191].

Profilaxie (prevenire): prin educație sanitară[192].

XI). Microorganisme intestinale transmise pe cale sexuală. Boli proprii homosexualilor

Practicarea homosexualității masculine expune la un risc infecțios important prin multitudinea agenților patogeni incriminați[193].

*La homosexualii masculini***,** grupă de mare risc pentru bolile transmisibile sexual, se constată *3 tipuri de infecții*:

1. *Boli transmisibile clasice* **(**care sunt mai frecvente la homosexuali decât la heterosexuali);

2. *Infecția HIV/SIDA* (60-90% din bolnavi fiind homosexuali);

3. *Infecții esențial digestive, proprii homosexualilor masculini*[194].

---

[188] Ibidem, p. 191;
[189] Ibidem, p. 192;
[190] Ibidem;
[191] Ibidem;
[192] Ibidem;
[193] Ibidem, p.195;
[194] Ibidem;

În continuare, voi trata *tipul 3:*
„infecțiile esențial digestive, proprii homosexualilor masculini”

– incidența acestor infecții digestive este corelată cu *raporturile sexuale specifice homosexualilor: genito-anale, oro-genitale sau oro-fecale*[195];

– homosexualii fac mai frecvent maladii transmise sexual şi datorită *partenerilor multipli*[196];

– o mare varietate de protozoare (paraziți intestinali) izolate din rectul homosexualilor masculini, au o frecvență de 10-40 de ori mai mare decât la heterosexuali[197];

– comunitățile de bărbați homosexuali sunt un rezervor important de protozoare (*paraziți intestinali*) cu potențial patogen (producătoare de boli). Într-un studiu controlat, 67,5% din 200 de bărbați homosexuali au fost găsiți infectați cu paraziți intestinali şi doar 16 % din 100 de bărbați heterosexuali[198];

Infecțiile digestive la homosexuali sunt date de *paraziți* şi *bacterii* (în jumătate din cazuri sunt asociați mai mulți paraziți intestinali, iar la o treime sunt asociate paraziții cu bacteriile). Dintre alte boli digestive care se transmit frecvent între homosexuali, enumerăm *hepatita tip A* şi *candidoza*.

a) Parazitozele intestinale (viermi intestinali) la homosexuali:

1) *Amibiaza intestinală:*

– este dată de un *parazit intestinal* (protozoar) – *Entamoeba Histolitica* – cu frecvență mare *în regiunile tropicale*,

– se transmite *omului sănătos (heterosexual) prin apă şi alimente contaminate*, la care produce o *dizenteria amibiană (diaree foarte gravă)*,

[195] Ibidem;
[196] Ibidem, p. 194;
[197] Ibidem, p. 195;
[198] Dr. Genoveva Tudor, *op. cit.*, p. 56;

– pentru prima dată, s-a constatat o *frecvență crescută a acestei boli în rândul homosexualilor* din New-York,

– bisexualii (homo- şi heterosexualii) transmit boala partenerelor sexuale care fac la rândul lor *vaginita amibiană* ce constă în ulcerații vaginale, cu hemoragii. Este nevoie de tratarea simultană a ambilor parteneri,

– *la homosexuali, contaminarea are loc prin raporturi sexuale genito-anale, genito-orale şi oro-anale*. Din cavitatea bucală, parazitul coboară în tubul digestiv şi ajunge în colon (intestinul gros), unde se înmulțesc în peretele acestuia[199];

– Entamoeba Histolitica a fost izolată la 27% din bărbații homosexuali şi la 1% dintre cei heterosexuali[200].

2) *Lambliaza (Giardaza)*

– este o parazitoză frecventă, dată de *Giardia Lamblia (vierme intestinal)*[201],

– *clinic:* este frecvent asimptomatică (fără niciun semn de boală); poate produce o boală digestivă sau extradigestivă, mai gravă sau mai uşoară[202],

– *transmiterea la omul sănătos (heterosexual)*: parazitul ajunge în intestin, prin apa sau alimentele contaminate, înmulțindu-se în intestinul gros;

– *La homosexuali:* bărbatul infectat prin apă sau alimente contaminate, dacă va întreține relații homosexuale, parazitul se va transmite la partenerul sexual sănătos prin *calea genito-anală, oro-genitală sau oro-anală.* În primul caz, prin calea genito-anală, parazitul din intestinul gros (inclusiv rect) trece uşor la partenerul sexual. În următoarele două cazuri (oro-genitală şi oro-anală), parazitul trece din gură în stomac, apoi în intestin, unde se înmulțeşte rapid[203];

---

199 Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 196;
200 Dr. Genoveva Tudor, *op. cit.*, p. 56;
201 Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 197;
202 Ibidem;
203 Ibidem, p. 198;

– *Giardia Lamblia a fost izolată de la 13% dintre homosexuali şi de 3% dintre heterosexuali*[204].

3) *Oxiuroza:*

– boala este determinată de oxiuri, probabil cel mai frecvent parazit întâlnit în tubul digestiv , un vierme mic care trăieşte în intestinul gros;

– viermele (femela) migrează către orificiul anal, unde îşi depune ouăle. Acestea sunt transferate de către homosexuali de la un partener contaminat la unul sănătos. *Numai transmiterea sexuală poate explica frecvența mare a acestei parazitoze la homosexuali;*

– frecvența acestei boli este de *10 ori mai mare la homosexuali* decât la populația heterosexuală[205],

b) Bacteriile intestinale la homosexuali

– bacteriile intestinale ocupă locul al 2-lea (după paraziții intestinali) printre cauzele infecției intestinale*, transmise pe cale sexuală la homosexuali;*

– bacteriile patogene cel mai frecvent incriminate sunt: *Shigella şi Salmonella;*

– există şi alte bacterii (Clostridium Dificile etc.) şi ciuperci (Candida albicans), care se transmit pe cale sexuală şi produc infecții intestinale, dar mai rar[206].

1). Shigella;

– la heterosexuali produce dizenterie bacilară (diaree foarte gravă), cu scaune cu sânge[207];

– *la homosexuali:* bacteriile ajung în organism prin *contacte sexuale genito-anale şi genito-orale.* Din cavitatea bucală, ajung în

[204] Dr. Genoveva Tudor, *op. cit.*, p. 57;
[205] Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 198;
[206] Ibidem, p. 199;
[207] Ibidem;

intestinul gros unde se înmulțesc şi provoacă leziuni (răni) intestinale[208].

– un studiu efectuat în Berlin/Germania în anul 2004 a evidențiat că dintr-un lot de 29 persoane infestate cu Shigella prin contact sexual, 24 au fost homosexuale, 17 dintre aceste persoane având contacte sexuale cu potențial de risc mare (aproape toți homosexualii infectați au raportat contact sexual oral-anal în săptămâna care a precedat starea de rău)[209].

2). Salmonella:

– determină în mod normal toxiinfecții alimentare prin *ingestia de apă sau alimente contaminate*;

– *la homosexuali,* infecția se poate transmite prin *contact sexual genito-anal, oro-genital şi oro-anal*[210].

c). Hepatita A

– este dată de virusul hepatitic A;

– în mod normal, acest virus se transmite *pe cale digestivă* (nu sexuală) *la copii şi la adulți heterosexuali,*

– *se transmite pe cale sexuală doar la homosexuali*[211];

– virusul hepatitic A se află în materiile fecale în cantitate foarte mare în faza de debut (început) a bolii, înainte de a apărea icterul, când bolnavul încă nu ştie că are hepatită; în aceasta fază, contagiozitatea este maximă; după ce apare icterul, cantitatea virusului eliminat prin scaun scade[212];

d) Candidoza

– infecțiile cu ciuperci, cel mai frecvent din genul *Candida* se localizează la *homosexuali în regiunile bucală şi anală;*

---

[208] Ibidem;
[209] Dr. Genoveva Tudor, *op. cit.*, p. 51;
[210] Traian Ciucă, *op. cit.*, p. 199;
[211] Ibidem, p. 200;
[212] Ibidem;

– aceste infecții sunt aproape constant întâlnite la homosexualii cu SIDA[213].

Concluzii

– *bolile digestive proprii homosexualilor* amintite anterior constituie o mare îngrijorare pentru întreaga societate;

– *aceste boli „nu sunt rare datorită contaminării fecal-orale* apărând astfel diarei cu durată prelungită, proctite determinate de microorganisme rezistente la antibiotice, alături de boli care se datorează transmiterii sexuale, aşa cum este cazul hepatitei virale; *Comunitățile de homosexuali sunt un important rezervor de microorganisme cu potențial patogen*, mai ales atunci când nu sunt respectate regulile de igienă elementară”[214]

– „Când discutăm despre homosexualitatea masculină, să nu uităm că bărbații implicați în relație *pot avea parteneri de vârste diferite, aceştia fiind copii, adolescenți sau adulți* [...], toți aceşti bărbați au preocupări heterosexuale minime”[215]

– Ne vom confrunta în viitor cu situații tot mai dificile în ceea ce priveşte prevenția BTS, inclusiv în rândul homosexualilor. Majoritatea bolilor cu transmitere *sexuală (BTS) sunt mai frecvente la homosexuali*, cea mai importantă boală cu risc major fiind infecția HIV/SIDA. „Deseori *refuzul persoanelor homosexuale de a se proteja împotriva transmiterii infecției HIV* este văzut ca o formă de rezistență la fel ca şi atitudinea de implicare în relații sexuale nesigure deşi riscurile infecției HIV sunt cunoscute şi mediatizate pe larg”. Notăm aici atitudinile frecvente ale homosexualilor în interiorul grupului lor precum „heteronegativismul, agresivitatea, violența, comportamentul la risc pentru infecția HIV şi abuzul de substanțe, trauma şi riscul suicidar la adolescentul

213 Ibidem;
214 Dr. Genoveva Tudor, *op. cit.*, pp. 7-8;
215 Ibidem, p. 6;

homosexual [...].În fine, *neurosifilisul*, boală care apare mai rar, dar care nu poate fi eradicată, precum şi *toxoplasmoza cerebrală* apar la pacienți homosexuali, seropozitivi sau nu"[216].

– Soluția prevenirii acestor infecții la homosexuali *nu este folosirea prezervativului*, ci *consilierea lor psihologică* şi, dacă este posibil, *moral-spirituală*;

– „*Adultul homosexual* care a ales deja, cu mult timp în urmă, e liber să decidă pentru sine, în oricare moment al vieții sale, dacă renunță sau continuă. Dar bine ar face să se abțină (luptându-se cu egoismul său) de la presiunea pe care o exercită asupra copiilor sau adolescenților. Pentru că *homosexualitatea nu este un dat genetic, ci o practică sexuală favorizată social, un obicei care se deprinde din practică, în prezența, la îndemnul sau constrângerea homosexualilor experimentați*"[217].

– *La tinerii homosexuali*, consilierea poate da rezultate mult mai bune decât la adultul homosexual. Această practică sexuală la ei este *o consecință a incestului, a abuzului sexual în copilărie sau a relațiilor cu profesori homosexuali care nu sunt nici pe de parte inofensivi*"[218].

– prevenția bolilor venerice este necesară şi *la lesbiene* care sunt predispuse la cancerul de col uterin prin infecția cu papilomavirus (HPV)[219]; o *consiliere* a lor este la fel de importantă ca la homosexualii masculini în vederea renunțării la aceste practici imorale şi care constituie un *păcat de moarte*.

Mă intreb din nou: *Încotro te îndrepți române?*

[216] Ibidem, pp. 7-9;
[217] Ibidem, p. 10;
[218] Ibidem, p. 6;
[219] Ibidem, p. 8;

BIBLIOGRAFIE

I. Cărți

Lucrări de medicină

1. ***, *Clasificarea internațională a maladiilor*, Revizia a 10-a a O.M.S., vol. I, sub egida Ministerul Sănătății. Centrul de calcul şi statistică sanitară, Editura Medicală, Bucureşti, 1992;

2. Ancăr, Prof. Dr. Virgiliu; *Ginecologie*,. Editura Național, Bucureşti, 1999;

3. Birț, Mircea Alexandru, *Psihiatrie. Prolegomene clinice*, Editura Dacia, Cluj- Napoca, 2001;

4. Blechschmidt, Erich; Verlag, Christiana; *Wie beginnt das menschliche Leben. Vom Ei zum Embryo*, 2008, Elveția;

5. Böl, Renate, *Die Wirkung der Anti-Baby-Pille vor und nach der Empfängnis*, D 69518 Abtsteinach/Odw., 3, 2001;

6. Bulucea, Dumitru. Cupşa, Augustin, *Infecția cu HIV/SIDA – o criză a sănătății mondiale*, Editura EIUS, Craiova, 1995;

7. Chiovschi, Ştefan, *Incompatibilitățile sanguine feto-materne*, Editura Litera Bucureşti, 1980;

8. Ciucă, Traian, *Boli transmisibile pe cale sexuală*, Editura Ştiințifică, Bucureşti, 1993;

9. Coprean, Dina, *Genetica Medicală*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca, 1998;

10. Cosgarea, Rodica, *Dermato-Venerologie clinică*, Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2003;

11. Diaconu, Prof. Univ. Dr. Dumitru Justin C., *Dermato-Venerologie*, Pentru studenții facultăților de medicină generală, medici rezidenți şi medici de familie, Editura Didactică şi Pedagogică Bucureşti, 1999;

12. Dragomirescu, Anca, *Izoflavonele estrogen-mimetice. Chimia compuşilor. Farmacologie. Toxicologie*, Editura Universitatea medicală, Timişoara, 2003;

13. Florescu, Maria; Cernea, Nicolae; Simionescu Cristina; *Endometrul. Ciclul menstrual normal şi patologic*, Editura Medicală, Bucureşti, 1998;

14. Gavrilovici, Cristina, *Introducere în Bioetică*, Editura Junimea, Iaşi 2007;

15. Haldeman, D.: *The Pseudo-science of Sexual Orientation Conversion Therapy*. Angles, 4 (1), 1–4. Washington, DC: Institute for Gay and Lesbian Strategic Studies.

16. Hatcher, Robert A., M.D., M.P.H., *Contracepția. Ghid practic*, Population Information Program, Center for Communication Programs, The John Hopkins School of Public Health, Traducere realizată de UNFPA şi SECS în cadrul Proiectului ROM/95/PO1 SSA Nr. UK05/1996;

17. Horga, Mihai; Lüdicke, Frank; Campana, Aldo (Editori), *Manual de planificare familială, Text de referință*, Institutul Est European de Sănătate a Reproducerii, Universitatea Geneva, Departamentul de Ginecologie şi Obstetrică, 2000.

18. Kamen, Betty, *Terapia hormonală de substituție. Da sau Nu?*, SC „Ştiință şi Tehnică" SA, Bucureşti;

19. Luca, V.; Nanu, D., Nanu, M; *Anticoncepție. Anticoncepționale,* Editura Medicală, Bucureşti, 1991;

20. Luca, Dr. Vasile; *Avortul provocat*, Medicina pentru toți, nr. 69, 1987;

21. *Müller, Manfred, Mehr Licht. Die Heilung nach der Abtreibung, Wien, 2006;*

22. Nanulescu, Mircea şi Lidia, *Infecția cu virusul imunodeficienței umane HIV la copil*, Editura Dacia, 1996, Cluj-Napoca.

23. Negruț, I.; Rusu, O. *Ginecologie şi Obstetrică*, vol. II, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti, 1981;

24. Popescu, A., *Bolile cu transmitere sexuală*, Editura Medicală, Bucureşti, 1982;

25. POSACI et all, *Plasma copper, zinc and magnesium levels in patients with premenstrual syndrome*, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 1994;

26. Protopopescu, Dr. Denisa Marina, *Infertilitatea. Fertilizarea in vitro şi reproducerea asistată*, Editura Meteora Press, Bucureşti, 2001;

27. Spineanu-Dobrotă, Sorin, *Homosexualitatea: Normal sau patologic*, Editura Tritonic, Bucureşti, 2005;

28. Stössel, Pius, *Myriam, de ce plângi? – Trauma avortului*, Editura Ariel în colaborare cu Fundația Pro Vita Medica Timişoara, 1998;

29. Süssmuth, Roland; *Empfängnisverhütung. Fakten, Hintergründe, Zusammenhänge*, Christiana Verlag, D-Holzgerlingen, 2000;

30. Tudor, Dr. Genoveva, *Bolile homosexualilor – un documentar medical la zi*, Editura Christiana, Bucureşti, 2005;

31. van Treek, Manfred, *Das Kontrazeptions-Syndrom*. Abtsteinach/Odw.: Derscheider, 1997;

32. Vârtej, Petrache, *Ginecologi*e, Editura ALL, Bucureşti, 1997;

33. Willke, Dr. John C.; Willke, Barbara H., *Avortul – Întrebări şi răspunsuri. Să-i iubim pe amândoi!*, Editura Provita Media, Bucureşti, 2007.

Lucrări de spiritualitate ortodoxă şi bioetică creştină

1. ***, *Biblia sau Sfânta Scriptură*, tipărită sub îndrumarea şi cu purtarea de grijă a Prea Fericitului Părinte Teoctist – Patri-

arhul Bisericii Ortodoxe Române, Editura Institutului Biblic şi de Misiune al BOR, Bucureşti, 1991;

2. Breck, Preot Prof. Dr. John, *Darul sacru al vieții*, Editura Patmos, Cluj-Napoca, 2001;

3. Chirilă, Prof. Univ. Dr. Pavel; Gavrilă, Prof. Univ. Dr. Lucian; Gavrilovici, Conf. Univ. Dr. Cristina; Bândoiu, Asist. Soc. Drd. Andreea; *Principii de bioetică – o abordare ortodoxă*, Editura Christiana, Bucureşti, 2008;

4. Ciochină, Larisa; Iftimie, Constantin; *O viziune asupra vieții*, Editura Provita Media, Bucureşti, 2003;

5. Engelhardt jr., H. Tristram; *Fundamentele Bioeticii Creştine. Perspectivă ortodoxă*, Editura Deisis, Sibiu, 2005;

6. Hrisostom, Arhiepiscopul de Etna, *Elemente de Psihologie Pastorală Ortodoxă*, Editura Bunavestire, Galați, 2003;

7. Juvenalie, Părintele, *Teroriştii uterului. Terorism ştiințific şi etica începuturilor vieții. Eseu de bioetică a gestației*, Editura Anastasia, 2002;

8. Moldovan, Preot Prof. Ilie, *Adolescența – preludiu la poemul iubirii curate*, Editura Renaşterea, Cluj-Napoca, 2001;

9. Tănase, Pr. Nicolae; *Hristos sau idolii secolului XXI? Tinerii la răscruce*, Ed. Agaton, Făgăraş, 2006;

Alte lucrări citate

1. ***, DEX – Dicționarul explicativ al limbii române, Editura Univers Enciclopedic, 1998;

II. Articole şi Reviste

1. ***, Warnock Report. Report of the Committee of Inquire into human fertilization and embryology, Departament of Health and Social Security, London, 1984;

2. *Biserica Ortodoxă, conservatoare şi influentă* (de V.A.M.), Ziarul „Adevărul”, 14.06.2007;

3. *Biserica Ortodoxă dezaprobă Marşul homosexualilor*,.Ziarul „Ziua”, 2.06.2006.

4. Ehmann, Dr. med. Rudolf (medic primar ginecologie obstetricală spitalul cantonal Stans, Elveția, CH – 6370), în colaborare cu Otto Döpper, *Mijloace anticoncepționale. Efecte secundare fatale despre care nu se vorbeşte. Un bilanț critic din punctul de vedere al unui ginecolog*. (Articolul este textul lărgit şi revăzut al conferinței susținute de dr. Rudolf Ehmann pe 22.09.1990 la Dresda, la Congresul internațional „World Federation of Doctors Who Respect Human Life”. Traducere de către Asociația Pro-Vita Sibiu);

5. Ehmann, Dr. Rudolf, *Ist die „Pille” wirklich nur ein Verhütungsmittel? Zur nidationshemmenden Wirkung eines Hormonpräparates*, Medizin und Ideologie. Informationsblatt der Europäischen Ärzteaktion**,** 2/2007;

6. Haldeman, D.: *The Pseudo-science of Sexual Orientation Conversion Therapy*, Angles, 4 (1), 1–4. Washington, DC: Institute for Gay and Lesbian Strategic Studies.

7. *HLI – Report***,** Human Life International**,** Schweiz, nr. 57, Dezember 2006;

8. *Oberösterreichische Nachrichten* vom 20.9.1990, aus dem Buch „Empfängnisverhütung”, Seite 24, von Dr. R. Ehmann;

9. *Revista Română de Bioetică*, vol.2, nr.2 aprilie-iunie 2004, Editura Colegiul Medicilor din Iaşi;

III. Conferințe

10. ***, Consfătuirea anuală de Dermatologie din Arad, octombrie 1985.

11. Ehmann, Dr. med. Rudolf, *Verhütung und Sexualität. Segen oder Fluch?***,** (Konferenz), 23 Oktober 2000, Zürich;

12. Kaminski, Dr. Claudia, *Medicul încearcă să ia locul lui Dumnezeu – Rătăcirile Medicinii Moderne* (Conferința Internațională Pro-Life din 10-12 octombrie 2002, Viena);

13. Lisec, Dr. med. Antun, *Iubeşte copilul şi lasă-l să trăiască* (Conferință), Sibiu, 2000.

IV. Teze de doctorat

1. Carp, Dr. Coralia, *Implicațiile metodelor anticoncepționale şi a avortului în planificarea familială* (Teză de doctorat), Facultatea de Medicină „Carol Davila" Bucureşti , 1996;
2. Bunescu, Sorin Marius, *Avort terapeutic în trimestrul II de sarcină* (teză de doctorat:), UMF Cluj-Napoca, 2000;
3. Moutlak, Dr. Mahmoud, *Avortul toxico-septic* (teză de doctorat), UMF Cluj-Napoca, 1988;
4. Militaru, Mariela, *Diagnosticul prenatal al bolilor cromosomiale* (teză de doctorat), Conducător Stiințific – Prof. univ. dr. Ariana Protase, UMF „Iuliu Hațieganu", Cluj- Napoca, 2003.

V. Site-uri web

1. http://www.pro-leben.de/abtr/entwicklung1.php
2. http://www.pro-leben.de/abtr/entwicklung2.php
3. http://www.pro-leben.de/abtr/beruehmtebabys.php
4. http://www.primulpas.ro.org/decizie/primele12
5. http://www.seximus.ro/articole/ciclu_menstrual.php
6. Site oficial al BOR: http://www.patriarhia.ro/Site/Comisii/bioetica.html# (Avortul: Comisii Sinodale. Comisia Națională de Bioetică. Sectorul „Biserică şi Societatea" al Patriarhiei Române)
7. Dr. med. Claudia Kaminski: www.alfa-aktion lebensrecht fuer Alle e.V. – Post – Abortion – Syndrom (PAS);
8. R. Vlădăreanu, Alina Veduta, A. Filipescu, *Sarcina cu risc crescut. Concept cu utilitate practică în reducerea mortalității şi morbidității materne şi perinatale*, Spitalul Universitar de Urgență „Elias", Bucureşti, PulsMedia.ro / Gineco.ro / Vol 2, Nr. 6, 2006 / Obstetrică, http://gineco.pulsmedia.ro/article--Obstetrica

9. Dr. Evelyn Cristescu: Comportamente sexuale – ROMEDIC, ghid medical online.

10. http://de.wikipedia.org/wiki/NARTH

11. http://www.orthodoxphotos.com/readings/trupul/homosexualitatea.shtml

12. http://www.bpb.de/wissen/O2JNDW,,0,AIDSEpidemie.html Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), World Health Organization (WHO): Die AIDS Epidemie. Status-Bericht 2005 (PDF-Version: 5.700 KB); Deutsche AIDS-Stiftung; United Nations Children's Fund (UNICEF)

13. http://medic.pulsmedia.ro/article--x-Studiu_Clinic-Preventia_prin_vaccinare_a_cancerului_de_col_uterin,_de_la_deziderat_la_realitate--3394.html

14. http://sanatate.ele.ro/Vaccin_impotriva_virusului_ce_cauzeaza_cancer_uterin_--a5235.html

15. http://www.sanego.de/Medikament_Gardasil

PARTEA A II-A

DARUL SFÂNT AL VIEȚII ŞI COMBATEREA PĂCATELOR ÎMPOTRIVA ACESTUIA. ASPECTE ALE NAŞTERII DE PRUNCI ÎN LUMINA MORALEI CREŞTINE ORTODOXE

INTRODUCERE

Mai înainte de orice, scrierea de față vrea să fie un apel ce se adresează fraților noştri, fii credincioşi ai Bisericii strămoşeşti, şi mai ales preoților ortodocşi din parohiile de la oraşe şi sate, într-un moment de răscruce a istoriei poporului român. Un semnal de alarmă. În cauză este existența milenară însăşi a acestui neam. E vorba despre cunoaşterea unui fenomen grav, înregistrat ca atare de către statisticile oficiale de la noi, privind numărul întreruperilor de sarcină efectuate în instituțiile noastre de sănătate. În mai puțin de şapte ani, de la revoluție încoace, în spitalele de la noi s-au săvârşit peste şapte milioane de avorturi. La această cifră s-ar mai putea adăuga numărul necunoscut de avorturi executate în oficinele ucigătoare de prunci cu caracter particular. Dacă avem în vedere şi faptul că în aşa-zisele laboratoare de "planificarea familiei", răspândite în ultima vreme într-un mod nebănuit, în mai toate oraşele țării, se întreprinde o acțiune mai mult contragestivă decât contraceptivă, avem în fata ochilor întreg tabloul fenomenului asupra căruia mă văd dator a atrage atenția. Desigur, un asemenea bilanț nu poate fi suportat ca ceva străin de noi înşine. Ogoarele vieții se pustiesc. Vistieriile neamului sunt prădate, păcatul pruncuciderii stăpânind asupra lor. Bezna ia locul razelor de soare, abdicarea şi ofilirea, destrămarea şi ruina urmează forței vitale şi sporirii etnice care ne-au însoțit în tot cursul veacurilor.

Cunoaşterea la care suntem chemaţi cu toţii aduce cu sine însuşirea unei mari răspunderi. Dacă acolo unde se comite o crimă este prezent un neam întreg şi chiar, într-un anumit fel, este de faţă întreaga omenire, cu atât mai mult acolo unde avem de a face cu milioane de crime. Ne aflăm, de fapt, în faţa judecăţii celor ce ar fi trebuit să fie şi nu mai sunt. Ce se cuvine să răspundem? Căci pentru noi, fiii credincioşi ai Bisericii străbune, nu sunt lucruri lipsite de o reală vină. Problema culpei nu stă, în cazul de faţă, într-o învinuire ce ne-ar aduce-o alţii, ci stă în una ce se cuvine să ne-o aducem nouă înşine. în actuala stare de suferinţă în care ne aflăm, după îndelunga perioadă de comunism, avem nevoie, în primul rând, să ne recâştigăm demnitatea şi încrederea în noi, pe care în parte le-am pierdut. Mumai că acestea două nu se pot dobândi decât cu preţul privirii în faţă la adevărul ce ne acuză, mai bine-zis, cu preţul însuşirii unei responsabilităţi autentice în raport cu acest crud adevăr. Modul în care ne împropriem această răspundere, în forul nostru interior, constituie temeiul de azi al tradiţionalei noastre conştiinţe etnice. Este singurul mijloc de a ne regăsi. Sfânta noastră Biserică ne învaţă că Hristos-Domnul, care se află cu noi "până la sfârşitul veacului", are puterea să prefacă răul în bine. în sensul acesta, contăm pe faptul că în momentele de suferinţă, omul poate deveni mai receptiv faţă de cel mai important lucru pentru el: să-şi cureţe inima şi să-şi împrospăteze propriile sale forţe sufleteşti, apelând la Hristos şi sprijinindu-se de El. Însuşirea unei răspunderi, căreia să-i urmeze o angajare hotărâtă de luptă împotriva răului, potrivit unei rânduieli voite de Dumnezeu, a devenit o exigenţă vitală a sufletului românesc. Numai conformându-ne acestei exigenţe poate avea loc acea prefacere lăuntrică fundamentală, în măsură să mijlocească reînnoirea fiinţei noastre etnice.

Darul sfânt al vieţii, cu care suntem învredniciţi de Creator, îl putem pierde sau regăsi. În raport cu acest dar, putem fi

trădători, precum putem fi şi salvatori. În fața lui Dumnezeu, viața omului apare drept o valoare absolută, El însuşi dintr-un elan al dragostei pentru făptură voind a se întrupa din Prea Curata Fecioară Maria. După cum acest dar al vieții ne aparține fiecăruia ca persoană, ne aparține şi ca ființă etnică. Am fost răscumpărați de "începătorul vieții" (Fapte 3, 15) cu prețul Sângelui Său (cf. I Cor. 6, 20; I Petru 1, 19) şi prin baia Botezului, în etnogeneză (cf. Matei 28, 19), am fost altoiți pe El (cf. Rom. 6, 4-5; Col. 2, 12), ca nişte ramuri ce-şi trag seva şi rodnicia din unicul trup dumnezeiesc (cf. Ioan 15, 5). Reînnoiți lăuntric de harul Sfântului Duh, "Domnul de viață Dătătorul", am devenit un popor pentru viață, un neam în slujba vieții. Iubirea de neam şi promovarea vieții, departe de a constitui simple pogorăminte, sunt în creştinismul românesc principii absolute. Astfel, în fața darului sfânt al vieții, Hristos-Domnul ne întâmpină cu trei exigențe: în primul rând ne cere să promovăm integral viața pe care ne-a dăruit-o, constatând că El însuşi are grijă de ea şi că este interesat de ocrotirea ei, în toate mădularele Sale, care nu sunt altele decât fiii neamului şi ai Bisericii noastre strămoşeşti. În această grijă se află copiii şi bătrânii, săracii şi năpăstuiții soartei, bolnavii şi neputincioşii, toți, purtători şi ei ai darului prețios al vieții, sacru şi inviolabil. În al doilea rând, se cuvine să plinim viața care este angajată într-un ritm propriu al ei şi care izvorăşte, de asemenea, din iubirea divină. Căci viața îşi are sensul în iubirea primită şi dăruită, orizont în care îşi ating deplinul adevăr datoria conjugală şi naşterea de prunci. în al treilea rând, se impune obligația de a contribui la sporirea existenței neamului, care este tot una cu participarea la marea lucrare de transfigurare a lumii şi a istoriei, prin crearea unui cer nou şi a unui pământ nou. Rodnicia familiei înseamnă mai mult decât potențarea vieții. Biologic, neamul omenesc se consumă şi îmbătrâneşte pe zi ce trece. El ar fi sortit să dispară dacă ar fi lipsit de un continuu proces de re-

generare spirituală. Un anume "noi" al celor doi soți din ceasul sfânt al Cununiei lor se prelungeşte prin lucrarea harului care se altoieşte pe trunchiul generațiilor precedente, nu de puține ori generații de sfinți, şi apoi se deschide, treptat, spre generațiile viitoare. Cu ce gând sau elan al nunții, cu ce cuvânt se va putea preamări îmbelşugarea acestui har? Prin acest "dar sfânt al vieții", care leagă ca un nod divin generațiile între ele, omul îşi depăşeşte firea, devine nemuritor, din efemer devine veşnic.

Celor trei exigențe le corespund trei contrafaceri. Ocrotirii personale a vieții, din momentul conceperii şi până la adânci bătrânețe, îi corespunde distrugerea ei. În sânul unei culturi a morții, promovată activ în vremea noastră de puternice curente culturale, economice şi politice, se desfăşoară primul război al celor puternici împotriva celor slabi, al celor bogați împotriva celor săraci. Viața care ar avea nevoie de mai multă plinire, iubire şi îngrijire este considerată inutilă sau e considerată ca o povară insuportabilă şi, prin urmare, este refuzată în multe feluri. Se dezlănțuie astfel un soi de conspirație împotriva darului sfânt al vieții. Ceea ce pentru copil este avortul, pentru bătrân, bolnavul incurabil sau handicapat, înseamnă eutanasie.

Plinirii vieții îi stă împotrivă nimicirea valorilor iubirii prin desfrâu, adulter, divorț. Suntem în fața unei realități mai vaste, care poate fi considerată drept o structură a păcatului, caracterizată de impunerea unei culturi afro-disiace, care face din contracepție o dimensiune a vieții conjugale. Căsătoria sfântă, aleasă şi înălțată mai presus de toate darurile pământeşti, născătoare a omenirii şi făcătoare de chipuri ale lui Dumnezeu, e preschimbată într-o oficină ucigătoare de prunci. Viața care ar izvorî din întâlnirea a două inimi devine astfel duşmanul de evitat cu orice preț, iar avortul, singurul răspuns posibil care aduce rezolvare în cazul unui eşec al contracepției. În fine, che-

mării neamului îi stă împotrivă o întreagă lucrare de surpare a duhurilor rele. Amenințările vieții etnice se întețesc. Ele se caracterizează prin încurajarea şi programarea unor adevărate campanii pentru răspândirea aceluiaşi flagel al contracepției, a sterilizării şi a avortului. Piu se poate omite nici adevărul că mijloacele de comunicare în masă sunt adesea complice la această conspirație împotriva vieții neamului, într-o colaborare din cele mai strânse cu ofensivele antihristice sectare. Am putea omite legalizarea şi depenalizarea acesteia din societatea politică de la noi? Sectarismul şi sincretismul contemporan îşi îndreaptă atacurile deopotrivă mai mult decât oricând împotriva ființării neamului. E important însă să precizăm că aceste curente sunt, în vremea noastră, explicit proavorționiste. De fapt între sectarismul de toate nuanțele, având cunoscuta lui atitudine de dispreț, iar uneori chiar de blasfemie, față de Prea Curata Fecioară Măria, şi avorționism nu se poate întrezări nici o distanță.

Expunând în lucrarea prezentă doar câteva aspecte ale moralei naşterii de prunci, din Ortodoxie, am încercat a pune în evidență mai cu seamă denaturările pe care le înregistrează societatea contemporană surpând darul sfânt al vieții şi ducând pustiirea vieții până la genocid. Se ştie, însă, că în genere practicile avortioniste îşi au rădăcinile într-o mentalitate degradată de hedonism, de un cult al plăcerilor, dar în acelaşi timp susținute de o gândire profund secularizată, care-şi caută justificarea prin cunoscutele teorii evoluționiste, biologiste şi rasiste moderne. De asemenea, legalizarea avortului de la noi, ca şi din alte părți, se sprijină tot pe aceste teorii. Din această cauză am insistat asupra unor dovezi "raționale" care se opun respectivelor teorii şi presupuneri, arătând că adevărul atârnă de cunoscutele principii ale tradiției.

I.) Darul sfânt al vieții: COPILUL

1.) Naşterea de prunci ca scop al căsătoriei

a.) Taina iubirii divine creatoare descoperită în naşterea de prunci. În actul iubirii conjugale, pecetluită ca atare în căsătoria legiuită, se întâlneşte taina acestei sfinte căsătorii cu taina naşterii de prunci. Iubirea este energie creatoare, ea cheamă la viață şi tinde spre mai multă viață. Comunicarea dintre soț şi soție nu impune numai veşnicia iubirii dintre amândoi sau nedesfacerea legăturii dintre ei, ci aduce cu sine puterea ziditoare dintru început. Consfințită de o Sfântă Taină, iubirea care îşi găseşte expresia în reciproca dăruire a celor două ființe chemate la desăvârşire spirituală, urmează o lege universală ieşită din plinătatea divină: procrearea. Iubirea pătrunde până la rădăcinile făpturii umane, prin care aceasta îşi trage seva din existența lui Dumnezeu. De aceea ea este învăluită în taină. în acest sens se exprimă şi Sfântul Apostol Pavel: "Pentru aceasta, îmi plec genunchii înaintea Tatălui Domnului nostru lisus tlristos, din care îşi trage numele orice neam în cer şi pe pământ" (Efeseni 3, 14-15). Una şi aceeaşi iubire ieşind de la Dumnezeu se întoarce tot la Dumnezeu, nu singură, ci cu spor de viață nouă şi sfințită de o altă taină: copilul. într-adevăr, copilul este darul sfânt al vieții. "A ne iubi nu înseamnă a ne avea drag unul pe altul, a spus Antoine de Saint Exupery, ci a privi împreună în aceeaşi direcție". Iubirea nu este doar contemplație statică, ci e mers înainte, este efort spre biruință a vieții, este participarea la puterea creatoare a lui Dumnezeu specificată de Sfântul Apostol Pavel, prin cuvintele de mai sus. în iubirea conjugală răsună glasul Sfântului Duh din ziua creației: "Să fie". Dacă în iubirea ce leagă pe soți laolaltă se răsfrânge o rază din lumina paradisului, în rodul acestei iubiri,

darul sfânt al vieţii, aceeaşi lumină pregăteşte cu anticipare venirea împărăţiei lui Dumnezeu.

b.) Natura iubirii creatoare. Afirmaţia că pruncul este darul sfânt al vieţii ne obligă să aducem o cuvenită lămurire. Viziunea ortodoxă privitoare la iubirea creatoare, iubire care este o "fărâmă" cu care Dumnezeu a zidit lumea, se sprijină pe două temeiuri din Sfânta Scriptură, remarcate şi de către Sfinţii Părinţi. Cel dintâi priveşte crearea omului în ziua a şasea. "Şi a zis Dumnezeu: "Să facem pe om după chipul şi asemănarea noastră"... şi a făcut Dumnezeu pe om după chipul Său; după chipul lui Dumnezeu 1-a făcut: a făcut bărbat şi femeie" (Geneză 1, 26-27). Chemarea făpturii umane la existenţă este înainte de toate un dar al lui Dumnezeu, care îl preîntâmpină pe om ca subiect liber. Omul, chipul lui Dumnezeu, trebuie să ajungă la asemănare, care este, în acelaşi timp, întâlnire şi participare, adeziune la marele ritm trinitar al creaţiei, dar totodată şi al "procreaţiei", adică al înmulţirii omului. La încheierea creării universului, omul apare drept o făptură "flinţial" alcătuită din trup şi suflet şi se afirmă ca o persoană liberă şi conştientă. "Cel care a creat omul pentru a-1 face să participe la propria Sa plinătate a rânduit natura lui în aşa fel încât ea conţine principiul a tot ce este frumos şi ca fiecare dintre dispoziţiile lui să îl poarte spre dorirea însuşirii divine corespunzătoare. Astfel, Acela nu-l putea lipsi de cele mai bune şi cea mai preţioasă dintre aceste însuşiri: libertatea" (Sfântul Grigorie de Nyssa, Marea Cateheză, 5 P.Q. 45, 24). Libertatea, aşadar, constituie natura intimă a fiinţei create, iar caracterul personal şi conştient îl face pe om să participe la voinţa divină, să fie un recipient al harului şi "cooperator" al lui Dumnezeu în procreaţie.

Al doilea temei al înţelegerii copilului ca darul sfânt al vieţii îl pot constitui cuvintele Mântuitorului Iisus Mristos: "Tatăl

Meu până acum lucrează şi Eu lucrez" (Ioan 5, 17). în orice iubire, care se împărtăşeşte din iubirea lui Dumnezeu, sălăşluieşte o năzuință spre veşnicie. Felul acesteia de a fi, după asemănarea cu iubirea divină, are un caracter creator. Da, Tatăl lucrează, împreună cu Fiul şi în Sfântul Duh. Actul creației este un fapt exclusiv al lui Dumnezeu în Treime, dar desăvârşirea universului creat, prin acțiunea promotoare, angajează şi făptura umană care îi uneşte voia cu lucrarea harului divin. A iubi nu înseamnă numai a accepta şi a năzui să nu mori, a iubi înseamnă a inaugura o existență fericită. "Aceasta – zice Sfântul Maxim Mărturisitorul – nu este nicidecum prin faptul că Dumnezeu, deplinătatea absolută, a adus la existență creaturile Sale, este pentru ca aceste creaturi să fie fericite de a avea parte de asemănarea Sa şi pentru a se bucura El însuşi de bucuria creaturilor Sale, în timp ce ele se inspiră în mod inepuizabil din Cel nesfârşit" (100 capete despre iubire, III, 16, P.G. 90, 434). Orice iubire adevărată aspiră la fericirea veşnică; în iubirea conjugală, însă, aceasta se realizează în timp. Copilul este subiectul acestei iubiri în care zace dorul după veşnicie. Izvorând nemijlocit din puterea divină, procreația nu mai aparține speciei, în sensul firii căzute, ci persoanei. Prin copil, viața personală a celor doi soți creşte, îşi îmbogățeşte sensul, justificându-se ca o nouă legătură pe care o primeşte comuniunea permanentă dintre amândoi. Dar, totodată, şi ca pe o nouă legătură cu Dumnezeu. Iubirea conjugală apare, astfel, drept o multiplicare a existenței după modelul divin: o nouă icoană a lui Dumnezeu îşi face loc pe pământ. în această perspectivă, orice naştere înseamnă o treaptă de spiritualizare, o revărsare de raze din frumusetea de Sus, o nouă împărtăşire din lumina pură a cerului care pătrunde în casa părinților ca să lămurească hotarele împărăției lui Dumnezeu în lume. Sinteză a două inimi, a două puteri de viață, a două voințe de depăşire de sine, copilul este calea deschisă spre veşnicie.

c.) Copilul în perspectiva iubirii creatoare. La cele două temeiuri biblice care ne îndreptățesc să vorbim despre copil ca despre un dar dumnezeiesc, putem să adăugăm pe al treilea, care ridică încă un văl al acestei descoperiri, sporindu-ne în continuare uimirea. De când Iisus a luat copilul în brațe şi I-a cuprins în Evanghelia Sa, pentru noi a apărut o nouă exigență a urmării lui Hristos. "Şi chemând la Sine un prunc, 1-a pus în mijlocul lor şi a zis: Adevărat zic vouă: De nu vă veți întoarce şi nu veți fi ca pruncii nu veți intra în împărăția cerurilor" (Matei 18, 2-3). Copilul pe care Domnul îl înfățişează ucenicilor e o mărturie vie, concretă, despre lumea transcendentă a luminii, neprihănirii şi bucuriei veşnice. Ridicându-1 deasupra celor prezenți şi îmbrățişându-1, Iisus a întipărit şi mai luminos în această făptură icoana Sa, chipul Său dumnezeiesc şi al cerului din care El a pogorât. Copilul nu se va mai despărți niciodată de pieptul Mântuitorului. El devine astfel normativ pentru viața contemplativă. Iată ce scrie un autor filocalic: "Când mintea, întorcându-se, tinde în întregime spre Dumnezeu şi lucrarea ei văzătoare se scufundă în razele atot-strălucitoare ale frumuseții dumnezeieşti... sub adierea Duhului, ajunge, cu cugetul, în starea vădită a pruncului şi gustă împărăția negrăită şi mai presus de fire a lui Dumnezeu" (Calist Catafygiotul, Filocalia voi. 8, p. 464). într-adevăr, în fiecare prunc, în mod explicit în cel botezat, sălăşluieşte Hristos. Fiecare prunc este o nouă "întrupare" a lui Iisus. El păşeşte în lume însoțit de acest cuvânt divin: "Cine va primi un prunc ca acesta în numele Meu, pe Mine Mă primeşte" (Matei 18, 5). într-o căsătorie cu adevărat creştină, cei doi soți, fără nici o îndoială, recunosc prezența unei bucurii sfinte pe care le-o împărtăşeşte Hristos-Domnul odată cu venirea copilului nou născut în casa lor. Dimpotrivă, o căsătorie în care copiii nu sunt doriți e întemeiată pe o formă de dragoste egoistă, trupească, prin urmare, imperfectă. Viața umană în întregime vine de la Dumnezeu, pentru

care lucru omul poartă în el "chipul lui Dumnezeu", posedă în mod deosebit răspunderea de a da viață altora. Refuzând această responsabilitate a pro-creației, omul respinge pe Creatorul său, şi, prin aceasta, alterează propria sa umanitate. în ființa sa curată, ca într-o cupă cristalină, copilul cuprinde prezența celor mai mari iubiri: iubirea lui Dumnezeu şi iubirea părinților, bucuria lui Dumnezeu şi bucuria părinților.

d.) Iubirea soților raportată la puritatea şi sfințenia pruncului. Despre copilărie s-a spus că este "o prelungire pe pământ a cerului". Suntem, la drept vorbind, atât de creştini câtă copilărie pură am izbutit să păstrăm în noi. Fiecare copil e un ram din paradis, o rază de lumină din lumea îngerilor. "Fiecare ființă spirituală este prin natură un templu al lui Dumnezeu, creat pentru a primi în el mărirea lui Dumnezeu" (Origen, Comentarii la Matei 16, 23 P.Q. 13, 1453). Dar fiecare copil aduce cu sine o normă, o răspundere care priveşte pe cei doi părinți ai Iui. naşterea nu este o întâmplătoare invenție omenească. Aşa cum Hristos a iubit Biserica şi S-a dat pe Sine pentru ea (cf. Efeseni 5, 25), iar soțul îşi iubeşte soția până la jertfa vieții sale, tot aşa amândoi părinții au datorii care îi leagă de copiii lor (cf. Efeseni 6, 4). Ei nu sunt liberi să-i accepte sau să-i refuze, să-i crească sau să-i lase în părăsire. Soții nu pot suprima intenția divină. Copiii sunt ai părinților şi ai lui Dumnezeu, deopotrivă. Binecuvântată "invenție" a iubirii lui Dumnezeu, copilul uneşte pe soți laolaltă, într-un singur cuget şi o singură simțire. El le verifică iubirea, le-o menține, le-o face veşnică, pentru că în el soții şi-au întrupat iubirea. Copilul dovedeşte că Dumnezeu însuşi s-a angajat în destinul a două inimi, că prezența Lui nu e străină de iubirile pământeşti, paterne şi filiale.

Cele mai frumoase padini despre duhul de puritate pe care îl aduc în lumea noastră copiii, deşteptând în noi în calitate de părinți setea de sfințenie, sunt scrise în Evanghelie, întoarce-

rea spre copil echivalează cu luarea în stăpânire de pe acum a împărăției lui Dumnezeu, într-o anumită latură a ei. Aducând un copil pe lume, părinții zidesc o nouă biserică lui Dumnezeu. Lucrarea aceasta îi împovărează cu o mare răspundere, dar în acelaşi timp îi înalță la acea vrednicie la care sunt chemați prin Taina Căsătoriei. Copilul e un dar al lui Dumnezeu încredințat părinților. O comoară pe care ei nu o pot îngropa în pământ.

Dacă procreația înseamnă o binecuvântare a lui Dumnezeu, ea totuşi nu poate să apară ca singurul scop al căsătoriei, şi nici chiar scopul principal pe lângă altele, cum ar fi desăvârşirea în iubire a soților. Concepția Noului Testament despre Taina Căsătoriei, pe care gândirea ortodoxă o priveşte dintr-un centru de semnificații şi profunzimi spirituale, nu este utilitarista: unitatea dintre soț şi soție, după imaginea unității dintre Hristos şi Biserică, nu este doar un mijloc de înmulțire a neamului omenesc, ci are un scop în sine. Procreația rămâne însă o menire vrednică de împlinit, naturală şi sfântă a vieții conjugale. Transmiterea vieții fiind şi ea o expresie a chipului lui Dumnezeu din om, soții, ca buni credincioşi, au datoria de a o spiritualiza, deodată cu transfigurarea propriei lor condiții umane. Omul nu trebuie privit în afară de condiția sa religioasă specifică, rupt din legăturile sale ființiale. De aceea procrearea nu-şi descoperă sensul dacă este considerată exclusiv în ea însăşi, tocmai pentru că este legată de o realitate mai adâncă. Această realitate este iubirea conjugală, care, la rândul ei, este o putere creatoare de istorie şi de viață.

e.) Sensul libertății în decizia procreatiei. Problemele pe care le ridică procrearea sunt numeroase, iar ele aparțin în primul rând conştiinței. în viața omenească, mai ales în viața religios-morală creştină, conştiința are un rol conducător. Acestui rol i se alătură voința personală, amândurora fiindu-le

străine automatismele vieții senzuale, prin care Iubirea e subjugată pasiunii oarbe. Adevărata libertate este aceea a persoanei, iar nu a individului, căci persoana este expresia chipului lui Dumnezeu din om. Un cercetător în materie scrie: "Procreația voluntară este mai nobilă decât aceea care se datorește orbește hazardului, de cele mai multe ori neprevăzut și indezirabil" (P. Evdokimov). Ceea ce nu e liber, ceea ce nu este conștient nu are valoare personală. Reducerea iubirii conjugale la instinct și senzual în procreație face ca legăturile dintre soți să fie coborâte la un nivel animalic. Dimpotrivă, "Iubirea umană ridică psihologicul la nivelul darului reciproc al spiritului și îmbogățește toată viața de armoniile sale. Dragostea include procrearea, dar aceasta din urmă nici nu o definește și nici nu o epuizează vreodată" (Idem). Decizia însă nu poate fi identică cu eludarea, respectiv cu o trădare a persoanei. Spunând că soții singuri sunt suverani și liberi în săvârșirea faptelor lor, că ei sunt în drept să decidă în fața lui Dumnezeu și în fața propriei lor iubiri asupra cursului ce-1 oferă procreației, nu înseamnă că ei ar putea abuza de raporturile lor matrimoniale. Cu atât mai puțin, de a face din libertate un motiv pentru utilizarea așa-zisei practici a "planificării familiale". Adevărata libertate, în numele responsabilității de care nu poate fi separată, se opune oricărei forme de hedonism conjugal și pruncucidere. Căci libertatea este darul care lucrează în noi ca energie transformatoare, ca putere de manifestare personală, numai dacă trăim în Adevăr (cf. Ioan 8, 32), "în Mristos și în Biserică" în măsura în care aparținem Bisericii, făcând loc chipului lui Dumnezeu în noi, ni se descoperă, din interior, taina libertății de decizie în ceea ce privește nașterea de prunci, ni se luminează calea adevărului și ni se deschide calea colaborării cu voia și cu puterea lui Dumnezeu. Căci numai Bisericii îi revine rolul de a restabili puritatea conștiinței, după căderea omului în păcat. O conștiință strâmbă va îndrepta iubirea spre ansamblul

plăcerilor senzuale, introducând întunericul şi perversitatea în viața conjugală, "în Hristos şi în Biserică", însă, adevărata iubire poartă cu sine rezolvarea problemelor procreației, văzând în apariția copiilor o lucrare cerească. Ei sunt reflexe ale iubirii divine. A lor este împărăția Cerurilor. în afara ordinii divine a vieții, pe soți îi paşte căderea în contrafacerile darului sfânt al vieții: contraconcepția şi contragestia.

2.) Intervenția divină în actul uman al procreației

a.) Momentul conceperii, eveniment unic şi absolut în existenta flintei umane. Calendarul Bisericii Ortodoxe cunoaşte patru sărbători care prăznuiesc nu doar naşterea, ci chiar zămislirea unuia dintre sfinți. Dintre toate, cea mai importantă este Bunăvestirea. De fapt, Bunăvestirea este chiar sărbătoarea conceperii Mântuitorului în pântecele Maicii Domnului. Pentru a intra în istorie, Fiul lui Dumnezeu însuşi se supune unei legi a firii, întrupându-Se în sânul feciorelnic al Măriei, cu exact nouă luni înainte de naşterea Sa. Aşadar, orice prunc, chiar şi numai de o zi, odată conceput în trupul mamei, are în el un suflet sau, după cuvântul Scripturii, "duh de viață". Căci ceea ce s-a petrecut în paradisul dintâi, mai precis, în ziua a şasea a creației, când Dumnezeu a făcut pe om, se petrece şi în trupul femeii mame. Chiar umbletul Domnului Dumnezeu, care se preumbla în adierea serii în grădina raiului, poate fi pentru noi o imagine curată care să ne arate, într-un mod tainic, felul în care ia ființă sufletul copilului în sânul matern. Adresându-se proprilor ei copii, mama Maca-beilor se exprimă astfel: "Piu ştiu cum v-ați zămislit în pântecele meu şi nu v-am dat eu duh şi viață şi închipuirea fiecăruia nu eu am întocmit-o" (II Macabei 7, 22). Existența, în sânul mamei, a unei suflări de viață, din ceasul conceperii, datorită unei intervenții divine creatoare, este pentru gândirea ortodoxă un adevăr absolut. De aceea, orice

atentat asupra fătului (ou fecundat, morulă, zigot, embrion, fetus) odată conceput este un atentat asupra unui om întreg, format din suflet şi trup. Sfântul Qrigorie de Nyssa, făcând o comparație cu bobul de grâu care cuprinde în sine toată specia plantei respective, spune că "nu e drept a zice nici că sufletul e înaintea trupului şi nici că trupul este fără suflet, ci amândouă au un unic început întemeiat, după rațiunea lui mai înaltă, în voia primă a lui Dumnezeu" (P.Q. XLIV, col. 256). Biserica Ortodoxă, pornind de la adevărul întrupării, înțelege că naşterea unui prunc este o taină a colaborării lui Dumnezeu cu părinții, în acelaşi timp, însă, ştie că numeroase date ale observației noastre cuvenite, corecte şi oneste, pot să fie elemente de seamă, care să aducă un spor de înțelegere la cunoaşterea acestei taine, întrucât se înscriu în ordinea descoperirii sau a revelației naturale. E vorba despre acele date care, înainte de a constrânge conştiința, într-un anumit fel, constrâng rațiunea de a le constata şi a le accepta.

b.) Dovada "rațională" a intervenției divine în actul pro-creației. O privire atentă asupra constituției umane, ne obligă să vedem că între suflet şi trup există, în acelaşi timp, o diferență profundă, ca şi o foarte strânsă intimitate. Simplificând într-un fel lucrurile, vom constata că sufletul este spirit, iar trupul este materie (simplificare pe care o facem numai din motive metodologice). Spiritul este necorporal şi imaterial, ca atare el nu poate fi tăiat în părți şi nu poate fi alcătuit din părți, precum trupul sau materia. Spiritul este inițiator, creator şi revendicator, el constituie elementul activ al chipului lui Dumnezeu imprimat în ființa umană. Până Ia zămislire, nu se poate vorbi despre o legătură sau despre o întrepătrundere "locală" dintre spirit şi materie. Sufletul, creat el însuşi de Dumnezeu, nu se întâlneşte cu trupul, unindu-se ca două corpuri, deoarece în orice punct al trupului este prezentă întreaga via-

ță a sufletului. Legătyra dixitre suflet şi trup, care este mai mult decât o unitate, fiind însăşi viața copilului, nu poate fi înțeleasă decât ținând seama de realitatea pe care o prezintă fătul ca embrion din momentul conceperii. E vorba despre o realitate stratificată: fizico-chi-mică şi organic-biologică, pe de-o parte, şi de una spiritu-al-psihică, pe de altă parte. în ceea ce priveşte stratul organic, el se suprapune peste cel fizico-chimic, dar totodată îl şi cuprinde în sine, alcătuind cu el un singur organism. Ca orice corp, organismul este constituit din atomi, molecule etc., chiar dacă admitem că este ceva nou față de agregatul material, fizico-chimic. Tiu acelaşi lucru se întâmplă în cazul unirii sufletului cu trupul. Sufletul – creat de Dumnezeu din "plămădeala" părinților – se suprapune şi el peste cel al organismului, dar nu integrează în sine organismul ca şi cum celulele vii, împreună cu atomii lor, s-ar cuprinde în suflet. în privința aceasta, spiritul, care este într-un fel sufletul copilului, deşi este legat unitar de trup, de toate straturile trupului, nici nu se /integrează trupului şi nici nu integrează în sine corporalitatea materială. Ca atare, el posedă o existență proprie din momentul zămislirii, o natură ireductibilă la materia trupului. Dar acest lucru este departe de a însemna o simplă coexistență dintre suflet şi trup. Sufletul, înțeles iarăşi în felul său, este, precum spuneam, spirit, sufletul este inițiator, creator şi revendicator, dar, precum remarcă gânditorii elini, este şi ordonator. Din prima clipă a formării sale de către Dumnezeu, el formează cu trupul un univers nou. în calitate de chip nemuritor al lui Dumnezeu, el îşi revendică acest univers ca pe un domeniu al său, un întreg aparte, distinct şi deosebit de mamă, înainte de a dobândi autonomia prin naştere, după cele nouă luni de sălăş-luire în sânul matern. Multe elemente ale manifestării embrionului ca un organism nou, dar şi ca o persoană autentică, precum sunt şi contracțiunile vasculare, ritmul inimii sau pulsul, dovedesc că el este o existență independentă a unui

principiu unificator şi organizator, urmărind nişte scopuri care sunt ale lui proprii.

c.) Poemul vieții intrauterine a pruncului, dovada "biologică" a intervenției divine în actul procreatiei. Minunea zămislirii unui prunc, în sânul matern, priveşte poemul şi drama vieții intrauterine dintre concepere şi implantare (nidație). Cu unirea celor două celule germinative, masculină şi feminină, începe un proces complicat, de creştere şi dezvoltare, care nu se încheie până la moartea persoanei respective, mulți ani mai târziu. Fenomenul la care ne referim prezintă o anume dinamică internă. Două pronuclee rezultate, în acest proces, din cele două celule germinative, cu câte 23 de cromozomi, se măresc şi-şi pierd membrana. în decurs de 12 ore ele se unesc de aşa manieră, încât ovulul fertilizat, numit din acest moment "zigot", (dar persoană umană propriu-zisă), deține în mod necesar 23 de perechi de cromozomi, provenite de la cei doi părinți, şi astfel se poate dezvolta, descoperindu-se progresiv imaginea unui copil. Puține fapte din biologie sunt mai emoționante şi mai importante în implicații, prezente şi viitoare, cum este prima diviziune a zigotului în două părți egale. Prin acest proces, dintr-un singur ovul fertilizat vor rezulta mai multe trilioane de celule ale copilului, de la zămislire şi până în momentul naşterii. Fiecare celulă fiică este identică, ca atare, în alcătuirea cromozomială, respectiv în potențialul ereditar, cu zigotul originar. Astfel, fiecare celulă a copilului, care se dezvoltă intrauterin, conține, chiar de la început, un număr egal de cromozomi, de la fiecare părinte, şi tocmai aceşti cromozomi sunt cei care poartă unitățile ereditare, cunoscute şi ele cu denumirea de "gene". Codul genetic despre care e vorba este, prin originea şi structura lui, individual şi, în sensul acesta, absolut unic în întreaga existență. Acest cod mărturiseşte de la sine, dincolo de unicitatea şi individualitatea sa, indepen-

dența copilului față de mama în sânul căreia a apărut, el fiind o persoană umană propriu zisă. Tot prin acest cod, într-o manieră chiar materială, copilul îşi afirmă dreptul la viață, conferit lui de către Creator. Prima diviziune a zigotului are loc la aproximativ 36 de ore, iar a doua diviziune este realizată la două zile de la concepere. în puține zile, ajunge la un număr suficient de celule pentru a forma o sferă numită “morulă”, înfăşurată, la rândul ei, într-un înveliş transparent, numit “zona pellucidă”. E important de subliniat faptul că celulele morulei sunt integrate funcțional. Ele şi-au pierdut de acum o parte din independența lor şi, dacă o celulă ar fi separată de celelalte, nu ar mai putea da naştere altor celule individuale separate. Când numărul celulelor creşte, atunci molecula de pe locul în care a fost fertilizat ovulul, după aproximativ 3 zile, ajunge, printr-o deschizătură îngustă, în cavitatea uterină. Această cavitate este, metaforic vorbind, sânul mamei. Până la implantare, în acest sân, embrionul îşi trăieşte faza sa numită “embrio-tropă”. în cazul că, în această fază, intervin substanțele contragestive hormonale (pilula), se produce aşa-zisa distrugere a “endometrului”, membrana internă a uterului, aducând cu sine nimicirea oului (embrionul). Astfel se împiedică trecerea la o nouă fază a vieții umane, cunoscută şi ea sub denumirea de faza “histotropă”. Ultima fază a vieții embrionului, căreia îi urmează implantarea, respectiv nidația, este cea “hematotropă”, în care embrionul ajunge a se hrăni cu sângele mamei.

Este uşor de văzut, urmărind acest poem, că actualul început al vieții trebuie considerat a fi, în mod indiscutabil, momentul conceperii. Implantarea este pur şi simplu un alt pas pe drumul stabilit de primul moment al conceperii. Prin urmare, putem afirma că nu întâmplător au vorbit în acest sens Sfinții Părinți despre concepere ca origine a vieții umane intrauterine, deşi nu cunoşteau din punct de vedere ştiințific aproape nimic în această privință. Fără microscoape sau tehnologii mo-

derne, ei cunoşteau prin harul Sfântului Duh că viaţa începe în momentul miraculos al unirii celor două pronuclee în procesul fecundaţi ei. Marele Vasile, în numele Sfintei Biserici, a afirmat categoric necesitatea protecţiei copilului nenăscut, aflat în diferite etape ale sarcinii, cum este şi aceea "embriotropă", cea mai expusă primejdiilor proavortioniste de azi. în felul acesta, el declară textual: Tioi nu facem o distincţie precisă între un fetus care a fost deja format şi unul care încă nu a fost format". Aceste cuvinte, în zilele noastre, sunt confirmate ştiinţific, atestându-se, cu deplină evidenţă, că viaţa umană începe la zămislire şi se continuă până la moarte, fie în sânul mamei, fie în viaţa pe care noi o numim de toate zilele.

II.) Darul sfânt al vieţii în primejdie de a se pierde

1.) Semnificaţia vieţii în genere

a.) Viata în perspectiva creaţiei. Cea dintâi idee în măsură să influenţeze o concepţie de viaţă, în cazul în care ea vrea să se afirme drept un adevăr şi să ne dea răspunsuri la o mulţime de întrebări pe care le ridică astăzi problema avortului, este cea privitoare la originea vieţii şi a semnificaţiei pe care ne-o descoperă apariţia sa pe pământ. Două viziuni asupra vieţii se află, de la început, faţă în faţă: una este cea religioasă, creştin-ortodoxă, iar alta este cea ateistă şi nihilistă în acelaşi timp.

Viziunea religioasă creştin-ortodoxă, pe care neamul nostru o păstrează ca pe o comoară de mare preţ din etno-geneză, este cea pe care o aflăm în Scriptură şi Tradiţie, trăită ca atare în spiritualitatea românească. Astfel, creştinii noştri cred că Dumnezeu este "Făcătorul cerului şi al pământului al tuturor celor văzute şi nevăzute" (Crezul). Lumea nu este veşnică, veşnic este numai Dumnezeu.

Acesta a creat întreaga lume din nimic, căci "El a zis şi s-a făcut Ci a poruncit şi toate s-au zidit" (Ps. 53, 9). Viața a apărut pe pământ, în zilele creației, binecuvântată fiind de Dumnezeu. Toate câte există, mai ales cele înzestrate cu viață, au fost create de Dumnezeu: "bune foarte" (Fac. 1, 31). Lumea, aşadar, a venit la existență în conformitate cu planul lui Dumnezeu şi într-un moment care se află în voința divină mai înainte de veci. Toate cele din lume sunt rodul iubirii lui Dumnezeu, toate se sfințesc în Biserică. Toate au în ele "sămânța" desăvârşită (rațiunea divină) şi au fost hărăzite spre viață, libere de stricăciune şi de moarte. Subliniind distincția dintre Creator şi creatură, creştinul ortodox nu idolatrizează nici firea dăruită cu viață şi nici pe el însuşi. El ştie însă că misterul prezenței divine îmbrățişează întreaga făptură. Viața în sine aparține numai lui Dumnezeu.

Pentru ateism, care este o pseudo-credință, viața nu purcede datorită miracolului creator, de la Dumnezeu, ci îşi aparține sieşi, este o emanație a materiei. Printr-o necontenită evoluție, lumea în care ne aflăm ar fi ajuns de la sine la armonia cosmică pe care noi oamenii de astăzi o constatăm ca atare. în sensul acestei viziuni se afirmă concepția cunoscută cu numele de darwinism.

b.) Originea divină a vieții. Răspuns la contestarea acestei origini. Rămânem înmărmuriți când auzim legenda acestei concepții darwiniste, cu pretenția de a fi ştiințifică, care vrea să spună că a ajuns să cunoască originea şi esența vieții. Cum am putea măcar să ne închipuim un astfel de lucru, când această gândire se află mult prea departe de originile vieții? Cum poate cineva crede că lupta pentru existență şi adaptarea la mediu, cele două mari idei ale lui Darwin, preluate şi de alți gânditori evoluționişti, ar fi în stare să explice cum au ajuns viorelele să crească pe coline şi ciocârlia să cânte în câmpie? Legende de

acest fel nu pot fi crezute decât de cei ce se află într-un foarte redus orizont uman de cuget şi simţire, încât pentru ei viaţa, chiar în esenţa ei, nu este decât o mişcare. Ei bine, acest naturalism materialist este noapte fără stele, de aceea şi susţine că în lumea organică domină exclusiv principiul adaptării la mediu şi că aceasta e cauza armoniei minunate ce o vedem în univers. Desigur, nu poate fi vorba decât de o gravă eroare, nicidecum de o cauză care ar putea fi atestată de ştiinţă. Cum să nu se confrunte fiinţele vii, când în vinele lor curge sânge fierbinte? De asemenea, cum să nu fie o adaptare acolo unde există viaţa, care produce cu atâta exuberanţă o infinită variaţie de forme? Şi totuşi întrebarea principală rămâne: De unde derivă protoplasma, sângele, forma,mişcarea... şi însăşi viaţa însoţite de atâtea necunoscute? Nu răspundem decât cu un singur cuvânt: "de la Dumnezeu!" E vorba de o taină ce are însă darul să ne confere o cunoaştere mai deosebită, pe care noi creştinii o numim "revelaţie naturală". E descoperirea care ne ajută să coborâm cu mintea în adâncurile nepătrunse ale naturii, ca din acele profunzimi să scoatem la lumină înţelegerea sensului şi a esenţei vieţii. E important totuşi de reţinut, chiar privind existenţa doar la suprafaţa ei: vedem că o fiinţă vie este aceea care are o origine, creşte şi se dezvoltă, se maturizează şi îşi înlocuieşte propriile sale celule moarte. Sigur, o fiinţă vie se înscrie într-o altă ordine de existenţă decât cea minerală. Nu putem spune altceva despre ea decât aceea că originea ei e divină. Natura şi omul pot face o mulţime de lucruri şi de fapt fac o mulţime de lucruri extraordinare, dar nu pot face un singur lucru: să creeze viaţa.

2.) Semnificaţia vieţii umane

a.) Condiţia cunoaşterii naturii umane: credinţa în Dumnezeu. Luând ca punct de plecare originea divină a vie-

ții din sânul naturii, se ajunge şi la înțelegerea obârşiei vieții umane, pe care nu vrea să o mai înțeleagă omul de astăzi. Acest om se străduieşte, cu atâta râvnă, să joace în cultura vremii noastre rolul bufniței de noapte, pe care o orbeşte chiar lumina soarelui. Iată ce se întâmplă cu făptura umană, cu insul ce se desparte de Dumnezeu. Acest om nu mai are respect de sine însuşi, cu atât mai puțin față de natura înconjurătoare, pentru că nu crede şi nu simte prezența infinitului în sufletul său. El nu poate cunoaşte prețul vieții dacă nu constată vibrând în adâncul ființei sale existența unor puteri supranaturale, puteri ale prezenței şi providenței divine. Viața lui nu va fi numai sufocantă şi pustie, ci va fi însăşi negația vieții, adică moartea. Căci fără credința în Dumnezeu nu se poate înțelege şi nici accepta viața în conținuturile ei tainice. Totul se desacralizează şi se secularizează. în acest fel, omul modern face primul pas spre drumul morții, acceptând avortul, sterilitatea şi eutanasia. O anume concepție despre viață te apropie sau te îndepărtează de viață. Se înțelege, e vorba despre concepția sau viziunea prin care se descoperă adevărul fundamental pe care se reazemă existența unei persoane sau chiar a unui neam. Mai mult decât înțelegerea originii vieții, considerată în caracterul ei general, răspunsul la întrebarea: "Care este obârşia şi în ce constă natura vieții umane?" stă la baza întregii controverse ce ține în maximă tensiune cele două poziții: anti- şi proavorționiste. Antiteza dintre aceste două baricade de luptă este ireductibilă. Având ca punct de plecare preocuparea pentru salvarea copilului nenăscut, în primejdie de a fi omorât, răspunsul pe care îl dăm semnificației vieții umane priveşte întreaga serie de probleme pe care le ridică în zilele noastre bioética, cu intenția de a preîntâmpina eventualele catastrofe istorice. Oricum, numai atunci suntem în măsură să analizăm conflictul amintit, să punem în lumină drepturile copilului şi drepturile mamei, când ne vom lămuri în ce constă natura vieții umane,

pornind de la originea ei. Şi de data aceasta, două concepţii despre originea şi natura vieţii umane stau faţă în faţă. Din fericire, viziunii creştine i se alătură rezultatele geneticii umane contemporane.

b.) **Darul sfânt al lui Dumnezeu, specificul existenţei umane.** Viaţa pe care Dumnezeu o încredinţează omului, potrivit concepţiei creştine, care pune mai întâi în valoare datele revelaţiei vechitestamentare, este diferită şi originală faţă de aceea a oricărei făpturi vii. Deşi trupul e înrudit cu ţărâna pământului din care s-a luat, omul este în lume cu totul altceva decât simpla natură, este natura umană. Suntem chemaţi să recunoaştem în cuvântul “viaţă umană” pe Dumnezeu ca izvor al ei, singurul care are viaţa în Sine, cu alte cuvinte, viaţa noastră este miracolul divin în noi. Omul este revelaţie a lui Dumnezeu în lume, semn al prezenţei Lui, urmă a slavei Lui (cf. Fac. 1, 26-27). în referatul biblic, distingerea omului de celelalte făpturi este pusă în lumină de faptul că numai crearea lui este prezentată ca rod al unei hotărâri speciale din partea lui Dumnezeu, al unei deliberări care constă în stabilirea unei legături deosebite şi specifice cu Creatorul: “Să facem om după chipul şi asemănarea Hoastră” (Fac. 1, 26). “Cuvântul lui Dumnezeu – ne spune Sf. Qrigorie de Hazianz – a luat o bucată de pământ nou- creată, a frământat cu mâinile Sale forma noastră şi i-a împărtăşit viaţa; iar duhul pe care i 1-a insuflat este o suflare a nevăzutei Dumnezeiri. Astfel, din noroi şi din suflare, omul a fost creat chip al nemuritorului (...). Aceasta pentru că în calitatea mea de pământ, eu sunt ataşat de viaţa de aici de jos, dar purtând de asemenea o bucată a divinităţii, dorinţa lumii cereşti şlefuieşte în mine inima mea” (Poeme dogmatice, 8, P.Q., 37, 452). Este tocmai ceea ce a vrut să pună în lumină şi Sf. Irineu, prin cuvintele: “Mărirea lui Dumnezeu este omul viu” (Adv. haer. IV, 20). Această legătură intimă care îl uneşte

cu Creatorul său constituie pentru om demnitatea sa supremă pe pământ. Chipul lui Dumnezeu din făptura omenească este un dar prin care Dumnezeu împărtăşeşte ceva din Sine acesteia, încă din momentul zidirii ei. Viața umană poartă pecetea acestei origini, ca şi apariția ei în sânul matern, cu ocazia oricărei noi conceperi. Cuvântul "dar" aduce cu sine o relevanță proprie, descoperind legătura vieții umane cu aceea a lui Dumnezeu, singurul care are viața în Sine.

c.) Omul în raport cu lumea înconjurătoare. Specificul vieții umane stă în caracterul omului ca făptură deosebită în raport cu lumea vegetală şi animală în mijlocul căreia se află. într-adevăr, omul, pentru a relua expresia de mai sus a Sf. Qrigorie de Mazianz, este animat printr-o "suflare a divinității" care îl poartă, îl atrage, îl "şlefuieşte", dar mai ales îl împiedică să se identifice cu pământul din care este plămădit sau cu oricare alte vietăți de pe pământ. "Omul întrece infinit omul", zicea şi Pascal. Plici una dintre condiționările sale pământeşti nu ar putea să-1 definească. Având în vedere faptul că omul poate fi considerat un "loc" al lui Dumnezeu, am putea zice că şi Dumnezeu este un "loc" al omului, tocmai pentru că el transcende toate datele biologice prin care unii gânditori materialişti de astăzi caută să-1 definească. Aşadar, el este o deschizătură prin care Dumnezeu vine să locuiască în el şi prin care el însuşi se avântă în Dumnezeu. Se ştie că nu toți oamenii sunt credincioşi, dar toți oamenii sunt oameni. Pentru a fi manevrat şi exploatat, încă din momentul zămislirii, se caută înlăturarea în zilele noastre a acestei concepții creştine despre om, care se opune oricărei manevrări, şi înlocuirea ei cu una din ideologiile materialiste şi rasiste, reducționiste şi totalitariste.

Felul în care în om străluceşte de la originea existenței sale un reflex al realității înseşi a lui Dumnezeu se poate constata

din cartea Facerii. Referatul biblic îl aşază pe om în ziua a şasea, la sfârşitul lucrării creatoare a lui Dumnezeu, ca o încununare a ei, la capătul unui proces care din "neîntocmirea" de la început îl ridică şi îl descoperă drept făptura cea mai desăvârşită. în creaţie, totul este zidit în vederea omului, totul este pregătit pentru a fi primit la masa bunătăţilor de pe pământ, la un adevărat ospăţ (cf. Fac. 1, 28-29). în acelaşi sens a fost aşezat, de asemenea, în grădina Paradisului, paznic cu funcţie preoţească: "A luat Domnul Dumnezeu pe omul pe care îl făcuse şi 1-a pus in grădina cea din Eden, ca s-o lucreze şi s-o păzească" (Fac. 2, 15). E de remarcat faptul că omul are stăpânire asupra tuturor vieţuitoarelor şi lucrurilor şi lui i se încredinţează răspunderea peste toate, în timp ce el nu poate fi redus în nici un chip la simplul rang de obiect aparţinător doar lucrurilor din această lume. Acest adevăr este valabil nu doar pentru omul matur, ci pentru tot omul, inclusiv pentru copilul nenăscut, înzestrat fiind cu "viată umană" şi aflându-se în legătură de origine cu Dumnezeu. Copilul este fiul împăratului ceresc.

3.) Valoarea vieţii umane şi sensul răspunderii faţă de ea

a.) Sensul creştin ortodox al răspunderii. Responsabilitatea omului în viată şi pe pământ tine de un anumit simt al prezentei lui Dumnezeu în lume, de la crearea tuturor lucrurilor care există şi în primul rând a făpturii omeneşti. Cunoaşterea lţimii şi cunoaşterea noastră de către noi înşine ne este dată de Dumnezeu, ca unii ce suntem chemaţi de El, după căderea în păcatul strămoşesc, din "întuneric la lumina Sa minunată" (I Petru 1,4), ca unii ce am primit "făgăduinţe mari şi de mare preţ" (II Petru 1,4). De fiecare dată, şi pentru tot omul de bună-credinţă, răspunderea îi descoperă cine este el, îi descoperă natura lui la lumina fetei liii Dumnezeu, îi arată locul şi chemarea lui

în lume; de aceea răspunderea este actul care îl verifică pe om în ceea ce are mai sfânt, mai nobil şi mai de pret în el. în răspundere, noi cunoaştem şi mărturisim înainte de toate izvorul dumnezeiesc şi chemarea dumnezeiască a vieții înseşi. în ceea ce suntem şi în orice săvârşim nu facem altceva decât confirmăm că Dumnezeu ne-a adus pe noi "din neexistentă la existentă", ceea ce înseamnă că ne-a făcut părtaşi nu numai la ce este de la El, dar şi părtaşi la ceea ce este întrepătruns de prezenta Lui, de lumina, de înțelepciunea, de iubirea Lui. Este tocmai ceea ce în teologia ortodoxă corespunde "energiilor dumnezeieşti", care fac ca lumea să fie chemată şi să fie capabilă de înveşnicire, iar omul să-şi ocupe locul pe pământ ca împărat al făpturii. E important de reținut acest adevăr, întrucât prin antiteză am ajuns la societatea de astăzi, când se pune la grea încercare răspunderea față de semenii noştri, născuți şi nenăscuți, să fim conştienți de valoarea vieții umane conferite de Dumnezeu.

b.) De la desacralizarea vieții la suprimarea ei. Când dispare simțirea tainică a lui Dumnezeu din lume, dispare cunoaşterea omului de sine, după cum dispare şi răspunderea față de semeni şi de lucrurile înconjurătoare. Mai întâi e vorba despre întunericul orbitor în care s-a scufundat omul de astăzi datorită iluminismului, materialismului, ateismului şi nihilismului de care este dominat. O accentuată necunoaştere a omului de sine însuşi însoțeşte tendința acestui pionier modern, care a pierdut pe Dumnezeu, împiedicându-1 să pătrundă în tainele vieții umane. Oricât de ciudat s-ar părea, în această epocă a narcisismului neînfrânat, a unei iubiri morbide de sine, a "întoarcerii generale la sine", omul modern întâmpină un obstacol în cunoaşterea vieții umane chiar din partea lui însuşi. Căci el este animat de întunecatele intenții de a se dezumaniza pe sine. Iar a dezumaniza înseamnă a desacraliza. TJoi sun-

tem convinşi — scrie Levi-Strausse, un antropolog cu autoritate recunoscută – că scopul ultim al ştiinței despre om este nu de a-1 confirma pe om, ci de a-1 dizolva". în acelaşi sens se exprimă şi Michel Foucault: "întreaga noastră gândire antropologică argumentează fără trudă că omul este o invenție recentă şi vesteşte sfârşitul lui" (apud Al. Schme-mann). Nu numai că omul a murit, adică nu mai există ca om, vor să spună aceşti urmaşi ai lui Nietzche, ci şi aceea că Dumnezeu însuşi este mort. Sacralitatea vieții, astfel, e pusă sub semnul întrebării, din care decurg consecințe imprevizibile, în mod sigur dezumanizarea.

Pierzându-şi caracterul sacru, viata umană ajunge sub amenințarea dispariției sale. închis în orizontul îngust al realității sale fizice, omul nu mai reuşeşte să se perceapă ca o ființă în mod tainic cu totul alta decât celelalte creaturi de pe pământ, considerându-se doar una dintre ele, cu un organism care a ajuns, datorită evoluției pe scară zoologică, la un stadiu foarte înalt de perfecțiune. Un anume caracter transcendent" al existenței sale ca "om" devine cu neputință de gândit. Aşadar, dezlegarea tainei vieții omului, în condiția apostaziei zilelor noastre, duce nu numai la negarea acestei taine, la declinarea oricărei răspunderi față de această viață, ci chiar la suprimarea ei. Viața umană nu mai este un minunat dar al lui Dumnezeu, un depozit de valori sfinte, încredințat ca atare unui paznic sacerdotal, grijii lui iubitoare şi chiar venerației lui. Ea devine, ca şi omul luat în întregul lui, un simplu iucru", care poate fi revendicat ca o proprietate a cuiva sau poate constitui subiect de drept public. "După ce autoritățile pământeşti şi spirituale au izolat un grup de ființe umane de cele pentru care viața are un preț, nu e nimic mai natural pentru un om decât să ucidă" (Simone Weil).

III.) Contracepţia, contrafacere a darului sfânt al vieţii şi dimensiune a vieţii conjugale din vremea noastră

1.) Semnale privind degradarea darului sfânt al vieţii în societatea contemporană

a.) Premisele istorice ale cunoaşterii modului de dezorganizare a familiei europene. Dezorganizarea familiei se produce treptat, urmând drumul decăderii religioase în societatea europeană. Ținând la o anumită prezentare istorică, luăm ca punct de plecare Revoluția franceză. Naturalismul propriu al acestei revoluții a atacat în mod explicit familia în bazele ei. în decursul secolului al XVIII-lea, filozofii şi scriitorii de literatură au pregătit calea acestei lovituri, ridiculizând căsătoria şi fidelitatea conjugală, propovăduind ireligiozitatea şi disprețul tradițiilor, negând orice raport necesar de dependență în familie. "Părinții, zice Enciclopedia, nu au dreptul de a porunci copiilor lor'. Revoluția franceză a tradus în practică aceste idei. încercarea a fost împlinită cu ardoare şi o temeritate nemaiauzite: sub pretext de a distruge tradițiile, pe care le-au declarat feudale şi tiranice, ea a suprimat în familie orice autoritate, nu mai înainte însă de a fi distruse bazele ei spirituale. La aceleaşi cote de desacralizare a vieții de familie, prin mijloace de constrângere tiranică, s-a situat şi Revoluția rusă, care în plus a adus cu sine şi suprimarea bazelor ei economice, prin etatizarea proprietății familiale, nu numai la oraşe, ci şi la sate.

Revoluția franceză a început prin a seculariza căsătoria, considerată de aici înainte ca un simplu contract în afară de orice caracter religios şi sacramental, declarând indisolubilitatea ei contrară naturii şi rațiunii. Revoluția franceză a proclamat libertatea divorțului, iar autoritatea părinților a fost desființată. Mirabeau şi Danton au spus că copilul aparține mai întâi republicii, înainte deci de a fi al părinților. Orice ierarhie în

familie a fost privită ca un soi de tiranie. Urmarea: decăderea completă a moravurilor familiale, odată cu nimicirea tuturor resorturilor tradiționale.

În decursul secolului al XlX-lea, modificarea stării sociale a lumii vine să completeze acest tablou. Condițiile sociale şi economice schimbate au mai zguduit o dată fundamentele familiei. Această zguduire a fost (şi) efectul introducerii marii industrii, risipind membrii familiei în diferite uzine, pe cei care până atunci lucrau sub ocrotirea uneia şi aceleiaşi familii. Cauzele acestei dezrădăcinări sunt mai multe. Uşurința plecărilor şi deplasărilor a generat gustul de schimbare, de instabilitate, cu privire la condițiile sociale şi etnice. Dezvoltarea luxului a întreținut febra de îmbogățire, ducând totodată la egoism şi sterilitate. Campaniile antireligioase au ucis sentimentul de respect, de datorie, spiritul de devotament şi sacrificiu, indispensabile pentru existenta familiei. Asistăm la o renaştere a unul păgânism, unde triumfă egoismul individual, punând mai presus de toate interesul individului, libertatea pentru fiecare de a prefera, înaintea datoriilor esențiale ale vieții, plăceri şi uneori şi cele mai josnice contrafaceri ale vieții morale. Literatura veacului apără această stare de lucruri, făcându-se avocatul unei "descătuşări a tuturor forțelor", glorificând cele mai urâte pasiuni. Legăturile conjugale, cinstea, devotamentul, jertfelni-cia sunt combătute. Statul burghez se face complice al acestor tendințe.

b.) Factorii distructivi ai vieții matrimoniale şi familiale.

Şcoala romantică a fost lucrătoare a acestei opere de dărâmare şi "eliberare". Se cuvine să enumerăm, în trecere, mulțimea de factori care au contribuit la slăbirea vieții familiale moderne şi contemporane: la libertatea necontrolată a celibatarilor de sex masculin se adaugă, mai târziu, şi de sex feminin; cu concursul prostituției, al practicilor neomaltuzianiste şi al avor-

turilor, căsătoria, privită din punct de vedere strict individualist, este puternic aşezată pe principiul sterilității sistematice şi găsind, pentru a se menține sau desface, colaborarea avortului, a adulterului şi a divorțului. Toate aceste practici, toate aceste instituții, nu sunt decât părți conexe ale unui sistem complet coerent care ruinează familia din zilele noastre, din interior şi din exterior. Din interior, prin trădarea iubirii, iar din exterior, prin însuşirea modelelor străine. în unul şi acelaşi complex intră, mai aproape de noi, porno-filia, homosexualitatea şi pilula. De asemenea, toate acestea se constituie în nişte condiții noi de viață. Astfel, elene apar drept coordonatele unei "noi civilizații". Avem de a face cu principii şi concepții, moduri de a fi şi de a se manifesta, susținute de filozofia vremii, de ideologie, de literatură, mass-media, care contrazic în mod flagrant concepția creştină fidelă naturii imperativelor vieții voite de Dumnezeu. Cu multă uşurință omul este ispitit să uite ceea ce constituie esența căsătoriei şi a familiei, aşa cum a voit-o Dumnezeu, şi astfel o consideră o afacere privată. Fiecare vrea să facă din căsătorie ceea ce consideră el că aceasta ar putea să fie. Fiecare se caută pe sine în mod egoist. Cuplul devine, aşadar, un instrument de plăcere. Din mijloc se face un scop şi se caută căsătoria "perfectă" în metodele cele mai rafinate de satisfacere a pornirilor subnaturale. Efectele acestei concepții trec din familia modernă în cea contemporană, făcând un pas revoluționar, de aceea se cuvine să le urmărim, în capitolele următoare, potrivit specificului lor.

2.) Sterilitatea voluntară privită în conținutul şi practicile ei

a.) Sterilitatea voluntară, păcat împotriva firii. în orizontul de gândire pe care-i creează legătura dintre iubire şi procreație, concepția ortodoxă afirmă că Dumnezeu a rânduit o

anume emoție, specifică datoriei conjugale, voind astfel să-i lege pe soți în serviciul scopurilor primordiale ale căsătoriei. Dar civilizația noastră nu mai este în stadiul în care soții să fie dispuşi să asculte de imperativele naturii. Ei nu le respectă decât în măsura în care legile vieții concordă cu dispozițiile lor. Or, nicăieri oamenii de astăzi nu-şi dovedesc independența lor, într-un fel de autonomie "personală", cum şi-o dovedesc în cazul aşa-zisei vieți intime, luând plăcerile alcovului conjugal şi refuzându-i sarcinile. Nu numai că pentru omul de azi imensele solicitări ale instinctului procreator nu au ca scop transmiterea vieții, dar în majoritate oamenii acestui veac, care participă la viața conjugală, nici nu-şi imaginează, cel pufin, că un astfel de rezultat cum e propagarea vieții poate şi trebuie să fie legat de ceea ce săvârşesc ei. "Corectând" natura, ei iau toate precauțiile pentru a-i dejuca planurile. Când, prin imposibil şi în ciuda precauțiilor ce se iau, viața amenință să triumfe, intervin mijloacele radicale.

Sterilitatea voluntară se asigură de cele mai multe ori de comun acord între amândoi soții. Dar, cu sau fără asentimentul unuia dintre soți, rezultatul este acelaşi. Opera naturii este împiedicată, sterilitatea se substituie fecundității, în sfera căsătoriei a pătruns o perturbare care îi neagă însuşi scopul pentru care a fost instituită. "Concluzia logică la care ajungem, se exprimă un cercetător în materie, este că aproape în toate menajele numărul copiilor este cel care a fost consimțit".

b.) Aspecte ale sterilității conjugale. Tema sterilității voluntare a precedat şi a precizat termenii morali în care va pune teologia în genere în discuție problema reglementării naşterilor. Cauzele sterilității sunt mai multe. Dacă există o sterilitate care apare ca o consecință a viciilor pe seama cărora cineva s-a lăsat, şi care este pe deplin vinovată, există şi o alta, care nu poate fi condamnată. Anumite căsnicii sterile, fără copii, nu

sunt din cauza aceasta mai puțin onorabile decât cele fecunde şi de o valoare morală ireproşabilă. Câte eforturi concertate nu se depun de către soți ca să triumfe asupra acestei sterilități, care constituie disperarea celor loviți de ea şi cărora le pricinuieşte torturi negrăite. Mai există şi un alt gen de sterilitate nevinovată, care se obține în mod artificial printr-o operație chirurgicală. Dacă organele trupeşti, care servesc la transmiterea vieții, sunt atinse de vreo boală care pune în primejdie viața individului, se poate recurge, în toată liniştea conştiinței, să se facă operația, chiar dacă ea are drept urmare involuntară incapacitatea de a naşte copii. în schimb, dacă operația nu are alt scop decât acela de a împiedica o sarcină periculoasă şi indezerabilă, care poate fi împiedicată prin abstinență, ea nu mai este îngăduită, de gândirea morală generală, şi chiar este absolut ilicită. Dar oricât de largă ar fi poarta acestei sterilități naturale, suntem obligați să spunem că ea nu-i decât o excepție, care fără îndoială este foarte departe de a atinge 20% din nenumăratele cazuri de sterilitate totală sau parțială.

Sterilitatea voluntară, care pune sub semnul întrebării însuşi sensul căsătoriei creştine, după una şi aceeaşi gândire religios morală, recrutează cupluri pe care le încadrează în mai multe categorii. Prima este formată din acei soți pe care o boală venerică contractată înainte, în timpul sau după căsătorie îi face incapabili de a transmite viața; o altă categorie adună pe toți aceia pe care pornirea spre desfrâu sau egoismul fără limită îi fixează în sterilitatea sistematică; în fine, ultima, şi cea mai numeroasă, cuprinde mulțimea imensă a însoțirilor care îşi reduc la minimum numărul descendenților lor. Sustragerea de la datoria principală a căsătoriei e considerată de către morala creştină încălcarea unui plan divin, după care de îndată ce soții îndeplinesc actul generator de viață nu au nici un drept să-i stăvilească mersul natural. Orice deviere voluntară de la acest mers firesc al colaborării cu puterea creatoare, de care se leagă

naşterea de prunci, este un atentat la planul Creatorului şi o trădare a angajamentelor luate.

c.) Contracepția ca eludare a unei legi a căsătoriei. Cea mai mare vină a sterilității voluntare o constituie atingerea unei fidelități datoare, într-un fel, lui Dumnezeu însuşi, cu atât mai gravă cu cât păcatul nu se săvârşeşte în momente de slăbiciune, ci e dinainte intenționat, voit, iar soții rămân în perpetuă contradicție cu sfințenia voinței lui Dumnezeu. Cu privire la contracepție, Tertulian se exprimă în felul următor: “Homicidi festinatio prohibere nasci” (a împiedica naşterea înseamnă a te grăbi să ucizi). Folosirea precauțiilor care împiedică naşterea, s-a observat pe drept cuvânt, nu este nouă în umanitate, şi, fără a mai fi vorba de exemplul amintit în Biblie, unde Onan a practicat înşelăciunea pentru a nu da urmaşi văduvei fratelui său, este sigur că la Roma era cunoscut acest păcat. Acest lucru ni-1 spune Juvenal într-o satiră a sa, unde se vorbeşte de sterilitatea voluntară, produsă de un avort, sau alte precauțiuni luate de femeile măritate sau de curtezane. Pentru creştini, încălcarea legii morale a procreatvitătii nu e numai o atingere a conştiinței umane, ci, în primul rând, a celei creştine, lipsind pe soți de participarea la o însuşire divină. De la acest adevăr nu s-a îndepărtat niciodată gândirea ortodoxă.

Preocupările de teologie morală, în general, scot în evidență întreg cortegiul de nelegiuiri ale atitudinii anticoncepționale. Odată cu inaugurarea unei căsătorii oarecare se instalează practic în alcovul conjugal şi metodele sterilității voluntare. Orice menaj care afirmă dreptul său la plăcere fizică făcută artificial (steril) afirmă prin aceasta că bărbatul şi femeia au dreptul să separe această plăcere de serviciile şi de funcțiunea pe care natura le-a ataşat de ea. Prin conduita lor, ei profesează că această plăcere este un scop în sine al legăturii conjugale, care legitimează intervențiile capabile să pună piedici

în calea transmiterii vieții. Să iei drept scop ceea ce voia lui Dumnezeu a rânduit să fie un simplu mijloc, înseamnă să-ți faci din voluptate un idol şi să desparți ceea ce Dumnezeu a împreunat: efectul actului creator, de viața menită să fie concepută. "Opera lui Dumnezeu este stăvilită. Domnul este împiedicat să-şi desăvârşească visul iubirii". Teza este pe deplin ortodoxă.

Iubirea conjugală se descoperă a fi, în această perspectivă, în mod evident doar: amor concupiscentiae. Eludând legea căsătoriei, care are ca țintă transmiterea vieții, soții dovedesc că nimic nu este mai păcătos decât plăcerea schimbată în scop şi despărțită de rosturile ei de stimulent şi recompensă. Se pare că, din acest punct de vedere, logica Fericitului Augustin, deşi nu este de neînvins, conține totuşi un adevăr. Actul conjugal este un mijloc determinat, dacă nu în întregime, în mod totuşi esențial, de către scopul naşterii ce îl are în vedere. "Decus conjugale est castitas procreandi... hoc est opus nup-tiarum" (Frumusețea conjugală este curăția procreației... aceasta este menirea căsătoriei). Iată adevărul adevărat: soții sustrag beneficiul şi câştigul naturii, al lui Dumnezeu şi al societății în care se găsesc, însuşindu-şi plata nemeritată, dar anticipată pentru lucrarea de la care s-au sustras, neîmplinind o îndatorire conjugală şi nețინând seama de un principiu moral esențial, care nu îngăduie ca cineva să se bucure de trup, în alt chip decât în legătură cu naşterea de prunci, în cazurile normale de fecunditate. E un punct de vedere comun celor două concepții teologice, cea răsăriteană şi cea apuseană.

d.) Atitudini creştine fată de contraceptie, în trecut şi astăzi. Ce ar fi în realitate o căsătorie al cărei scop e eludat, dacă nu "o formă legală a prostituției, o asociere a două pofte trupeşti înhămate ca să se desfăteze sub oribile aparențe, într-un fel de desfrâu rânduit şi îngăduit de lume?". Recunoaştem uşor,

în aceste expresii, cuvintele foarte aspre pe care Fericitul Augustin le adresează "egoismului carnal". Numind acest păcat "fraudă reciprocă", Augustin refuză să-i numească soți pe complici, deoarece căsătoria nu mai păstrează nimic din adevărata ei menire. "Această cruzime destrăbălată sau destrăbălare crudă ajunge uneori până acolo încât caută doctorii pentru sterilitate şi, dacă nu reuşesc, caută să ucidă fătul încă în pântece", în aceşti termeni se pronunță, în Răsărit, şi Hicodim Aghioritul, în "Carte folositoare de suflet".

Piu puțini cercetători, în vremea noastră, au încercat să privească întreaga sferă asupra căreia se răsfrâng consecințele funeste ale gândirii şi practicilor anticoncepționale. Aprecierile pe care le fac aparțin societății lumii civilizate de astăzi, pe care o supun unui amănunțit rechizitoriu, întocmit însă uneori din puncte de vedere secularizate. Totuşi se critică cu seriozitate o societate care are idealul de a constitui un astfel de tip de gândire şi de viață matrimonială care să fie adaptată gusturilor, necesităților şi moravurilor unor oameni sau credincioşi obişnuiți să nu admită uniunea conjugală decât ca o sursă de voluptate, puțin dispuşi să accepte responsabilitatea unei familii sănătoase şi viguroase. Aşa cum starea de celibat, în lumea din zilele noastre, nu implică deloc, în opinia generală, datoria abținerii de la relații ilicite, tot la fel starea de căsătorie nu mai presupune obligația pentru nici una din datoriile pe care marea majoritate a soților primeau altădată să le îndeplinească. Acestei stări i se dă în morala ortodoxă o mare atenție. Ei i se opune, în primul rând, tradiționala asceză răsăriteană. La drept vorbind, numai această asceză e în măsură să aducă o soluție gravelor probleme pe care le ridică astăzi căsătoria.

e.) Motivele instaurării sterilității voluntare şi consecințele lor. Rațiunile pentru care se căsătoresc oamenii societății de astăzi vorbesc de la sine. Oricare pot să fie acestea, numai nu pen-

tru a avea copii şi a realiza scopurile căsătoriei conferite de morala tradiţională. Vanitatea, pofta de îmbogăţire, pentru a asocia două patrimonii, pentru a legitima un copil natural, pentru a pune în rân-duială o veche legătură, pentru a beneficia de pensii, pentru a pune sfârşit unei vieţi licenţioase de care cineva se satură, acestea sunt motivele celor mai multe căsătorii. Practicile sterilităţii voluntare aduc ruină tuturor celorlalte discipline implicate în relaţiile conjugale. în societatea în care mai multe milioane de menaje asigură prin fraudă sterilitatea legăturii lor matrimoniale, nu mai e posibil să vorbeşti celor ce se pregătesc pentru Taina nunţii despre datoria lor strictă de castitate şi curăţie, despre menţinerea principiului fidelităţii conjugale şi a căsătoriei indisolubile. Dreptul la plăcerea făcută artificial sterilă se descoperă cu inevitabile consecinţe. Nici unul din pericolele ce ameninţă trăinicia şi sănătatea căsătoriei nu dispare, ci, dimpotrivă, toate sporesc, chiar când e vorba despre unele intervenţii luate în cazuri excepţionale.

Convingerea teologilor şi cercetătorilor serioşi, de toate categoriile, din trecut şi de azi, a fost aceea că în nici un fel nu trebuie să fie admise practicile sterilităţii voluntare. Se va abuza de ele de îndată ce se vor crede permise pentru cazuri excepţionale. Fiindcă oamenii vor fi întotdeauna convinşi că se află în unul din acele cazuri. De asemenea, toţi moraliştii cinstiţi ai zilelor noastre ştiu bine că copilul rar când este dorit, de aceea nu cred pe cei ce spun că copilul trebuie dorit. Despre practicile sterilităţii voluntare se poate repeta ceea ce s-a zis cu privire la divorţ: precum simpla posibilitate de schimbare duce la schimbare, la fel şi simpla posibilitate de instalare a sterilităţii voluntare duce la sterilitate, iar modul acesta de gândire şi practică este incomparabil mai general şi mai puternic decât încurajările date rupturii căsătoriei de către instituţia divorţului. în adevăr, obţinerea unui divorţ este mult mai complicată decât folosirea unei “precauţiuni”.

3.) Pruncuciderea privită în contextul sterilității voluntare

a.) De la contracepție la contragestie. în vederea completării tabloului prezentat până aici, şi care constituie premisa majoră a chestiunii "reglementării naşterilor", ce se află oarecum în centrul preocupărilor moraliştilor contemporani, vom schița datele problemei avortului voluntar, pe care le vom completa, de fapt, în capitolul următor. Atitudinea gândirii creştine tradiționale, față de această anomalie, ce se observă în intimitatea alcovului conjugal, a fost totdeauna categorică şi fără echivoc: "Viața trebuie să fie ocrotită cu o extremă grijă încă de la concepere, pentru că avortul şi infanticidul sunt crime abominabile". Din momentul întâlnirii celor două celule vitale, fătul este zămislit ca un principiu de viață de sine stătător, de esență spirituală, ca persoană distinctă de persoana mamei. în pântecul mamei e o adevărată viață omenească, cu însuşirile unei persoane omeneşti, cu toate drepturile ce revin unei ființe spirituale, cu toate privilegiile pe care nimeni, nicăieri nu le poate încălca fără a viola totodată legea morală. Viața copilului începe din clipa în care e conceput, în acel moment Dumnezeu îi creează sufletul nemuritor. O întreagă viață omenească începe atunci şi porunca lui Dumnezeu "să nu ucizi" se întinde până acolo. Avortul, ca suprimare ilicită a unei vieți omeneşti, constituie pentru orice conştiință dreaptă, un păcat foarte grav, comparabil cu masacrul făcut de Irod.

b.) Contracepția premergătoare pruncuciderii. Cercetătorii preocupați de problema socială şi morală a avortului, din viața modernă, îl tratează ca atare în cadrul general al sterilității voluntare. "Extensiunea practicilor anticoncepționale este însoțită totdeauna de creşterea numărului avorturilor". Plici

nu poate fi altfel. Când din neglijenţă, ţiebăgare de seamă sau accident, "precauţia" n-a oprit, cum se aştepta, transmiterea vieţii, e logic să se caute a se corija greşeala printr-un alt mijloc, foarte simplu, devenit aproape inofensiv. Pe de altă parte, dacă individul are dreptul să separe, în patul conjugal, emoţia senzuală de scopurile procreatoare către care ea tinde, cum s-ar putea ca dreptul soţilor asupra fătului, respectiv asupra embrionului, pe care femeia îl poartă în pântece, să mai fie contestat? Omenirea, în istoria conştiinţei sale, se găseşte la o răscruce. Cu declararea în Rusia, în 1917, de către puterea sovietică a "liberalizării avortului", apare în lume aşa-zisul drept al mamei de a dispune de viaţa copilului ei, drept pe care însă mama lui nu 1-a avut niciodată până atunci. în acelaşi timp, poziţia intransigentă de condamnare a avortului, ca expresie a sterilităţii voluntare, se pare că atinge, în istoria acestei conştiinţe umane, un apogeu. Cu toate acestea, morala profesată de teologii apuseni se găseşte la o cumpănă a apelor. Unii şi aceiaşi moralişti inaugurează o altă direcţie, care lasă curs liber aceleiaşi sterilităţi şi care aduce cu sine şi ideea "reglementării naşterilor", atât de mult dezbătută şi, în cele din urmă, într-un anumit fel admisă.

IV.) AVORTUL – nimicirea darului sfânt al vieţii

1.) Avortul, rana de moarte a vieţii conjugale

a.) Avortul, păcatul care pătrunde în vistieriile vieţii. A vorbi despre avort înseamnă a ne referi, potrivit moralei ortodoxe, la cel mai mare păcat pe care îl poate săvârşi cineva în lume. La începutul creştinismului, trei păcate erau considerate a fi cele mai grave: apostazia, uciderea şi desfrânarea. Avortul pare a fi sinteza acestor trei păcate, şi încă ceva mai mult. El e ultima pecete a condamnării la dispariţie a iubirii conjugale. în în-

țelepciunea Sa negrăită, Dumnezeu a hotărât ca un prunc, înainte de a vedea lumina zilei, să petreacă vreme de nouă luni în sânul maicii sale. Acest sân este adăpost şi hrană, pavăză şi mijloc de apărare în fața oricărei primejdii. Trupul mamei, sânul matern, este, fără îndoială, cel mai sigur loc ce poate ocroti o ființă umană. E şi templul iubirii celor doi soți. Căci asemenea providenței divine, acest sân oferă, aşa cum se exprimă profetul Isaia, "un loc de scăpare în încercări", "un liman în vremea furtunii" şi "umbră în plină dogoare" (XXV, 4). Dar mama, căreia i s-a încredințat ocrotirea copilului, trădează această îndatorire, care îi revine prin căsătorie, omorându-şi propriul ei odor. Uciderea se săvârşeşte tocmai în acest loc, în care este prezentă, într-un chip deosebit, mâna lui Dumnezeu. Sfinții Părinți ai Bisericii Răsăritene spun că, prin lepădarea voită a copilului, păcatul pătrunde în vistieriile vieții. Chiar şi din punct de vedere rațional, ridicând o problemă ca aceasta: "suntem sau nu suntem încă în prezenta unei ființe umane?", înseamnă că nu ştim ce întrebăm. Gravitatea acestui păcat este maximă. Faptul în sine priveşte adevărul că Dumnezeu însuşi intenționează să creeze o făptură omenească şi că această făptură, apărută în sânul mamei, este, prin avort, în mod deliberat, privată de viată, iar acest lucru nu este altceva decât un asasinat. Orice crimă este un ultragiu adus persoanei şi trupului omenesc, însă nici una nu se aseamănă cu pruncuciderea, care secătu-ieşte tezaurul vieții, distrugând familia şi ruinând neamul.

b.) Motivele condamnării avortului de către Biserica Ortodoxă. Ortodoxia este creştinismul unei religii luptătoare. Ea nu se mulțumeşte cu descoperirea răului, cu formularea unei judecăți de valoare, care spune răului pe nume, respectiv, ea nu e împăcată cu declararea avortului drept ucidere, crimă, şi încă una din cele mai abominabile. Misiunea ei este de a condamna, dar tot misiunea ei este de a salva. în cazul de față, ea

nu are numai menirea de a trezi conştiința credincioşilor din comunitatea bisericească, arătându-le tuturor în ce constă păcatul avortului şi care este gravitatea lui, ci are şi îndatorirea de luptă, cu metodele şi forțele ei proprii, pentru respectarea celui dintâi şi poate cel mai sfânt drept ce revine fiecărui om din lume şi anume acela de a se naşte. Biserica condamnă avortul în numele lui Dumnezeu Atotțiitorul care a rânduit apariția vieții omeneşti în clipa creației: “Şi a făcut Dumnezeu pe om după chipul Său” (Facerea 1, 27); în numele Domnului Savaot, care a îngrădit această viață, pe Muntele Sinai, cu porunca: “Să n u ucizi” (Ieşire XX, 13); dar mai ales în numele Mântuitorului nostru Iisus Hristos, care, venind în lume, şi-a vărsat propriul Său sânge şi a înviat din morți, pentru ca omul “viață să aibă şi mai multă să aibă” (Ioan X, 10).

Venim în apărarea copilului, din momentul conceperii sale, la această oră, în care bilanțul unui sfârşit de secol ne avertizează că, în societatea noastră de tip european, postcreştină şi deplin secularizată, sub auspiciile industriei avortului, crima colectivă s-a generalizat. într-o țară, bunăoară, cu aproximativ douăzeci şi trei de milioane de locuitori, sunt omorâți prin avort peste un milion de copii în fiecare an. în fața acestei situații, creştinii zilelor noastre, nu pot să rămână în expectativă. E momentul să se întrebe dacă mai există un drept al copilului. După cum este momentul să ştie ce au ei de făcut, înainte de a cădea sub osânda generațiilor viitoare. Dar, mai înainte încă, sub osânda lui Dumnezeu.

2.) Avortul – pruncucidere: atentat împotriva vieții umane

a.) Avortul, actul reprimării vieții umane. Cuvântul ‘avort’’ derivă din latinescul aborior, termen opus lui orior (a naşte), şi înseamnă “a muri” sau a dispare prematur. Important, deo-

camdată, este că prin acest termen se exprimă ideea morții premature. Dar moartea la care se ridică poate să fie un fapt, după cum poate să fie un act. Vorbim despre un fapt, atunci când avem de a face cu un avort involuntar, care nu-i nici provocat şi nici prevăzut. De aceea, el nu poate fi decât o întâmplare profund regretabilă. Câtă vreme nu priveşte voința liberă a cuiva în săvârşirea lui, se înțelege că nu poate fi vorba despre nici un fel de responsabilitate. Dimpotrivă, atunci când avortul este premeditat şi voit, el nu mai este un fapt, ci un act. Fie că este săvârşit de mamă cu scopul de a scăpa de copil, fie că este comis pentru a-şi salva sănătatea, avortul este un act voluntar şi ca atare condamnabil.

De data aceasta responsabilitatea depinde de femeia în cauză, dar revine, după gradul de participare la înfăptuirea lui, şi soțului, după cum revine tuturor celor care, într-un fel sau altul, incidental sau profesional, contribuie la săvârşirea acestui act. Mijloacele prin care se realizează acest act reprobabil sunt mai multe şi de diferite feluri: provocări mecanice, administrări de substanțe avortive, intervenții chirurgicale etc, scopul tuturor însă rămâne acelaşi. Oricum s-ar face, avortul este, în cazul acesta, un act voluntar, iar efectuarea lui priveşte nemijlocit porunca: "Să n u ucizi". Sfânta noastră Biserică nu vede în el simplul fapt al morții, ci suprimarea violentă a unei vieți omeneşti, numind această faptă "omor'' sau "ucidere", consideră că este încărcată cu întreaga răspundere a unei acțiuni condamnabile pe pământ şi în cer. Canonul al doilea al Sfântului Vasile cel Mare, de exemplu, numeşte pe femeia ce a săvârşit avortul "ucigaşă", pre-cizându-i, astfel, răspunderea şi vina, după cum are în vedere şi o vină corespunzătoare complicilor ei.

Noțiunea de ucidere, ce se cuvine să o avem în veâere atunci când ne referim la avortul voluntar, nu poate fi despărțită de aceea de vină sau culpă. Vina însă,la rândul ei, este de mai mul-

te feluri. în legătură cu avortul putem aminti de două feluri de culpă: culpa religios-morală şi culpa criminală. Prima priveşte eul personal şi spiritualitatea sufletului din primul moment al conceperii copilului în sânul matern, iar a doua, dreptul omului de a se naşte.

b.) Avortul – opunere vădită la porunca divină a transmiterii vieții. Existența în sânul mamei a unei suflări de viață, din ceasul conceperii, datorită unei intervenții divine creatoare, este pentru gândirea ortodoxă un adevăr absolut. De aceea orice atentat asupra fătului odată conceput este un atentat asupra unui om întreg, format din suflet şi trup. Lepădarea cu bună ştiință a copilului din sânul mamei este unul şi acelaşi păcat al uciderii, indiferent de timpul care a trecut de la zămislirea lui. Mai mult, uciderea pruncilor în pântece este un păcat deosebit de grav şi pentru că se face împotriva unei ființe umane lipsite de apărare.

Avortul este opunerea premeditată şi categorică la porunca divină de transmitere a vieții. El înseamnă egoism şi lipsă de dragoste, atac şi boicot împotriva vieții umane. Porunca "să nu ucizi" îşi află temeiul în dreptul absolut pe care-1 are Dumnezeu şi pe care îl conferă vieții omeneşti, ca privilegiu al ei. Justificările medicale, etico-psihologice, social-profesionale ale avortului în contextul căsătoriei nu sunt esențiale. Pentru creştini a ucide este întotdeauna un rău, oricare ar fi circumstanțele. Chiar şi aşa-zisul caz al unui avort medical, prin care se încearcă a se justifica posibilitatea salvării mamei, responsabilitatea săvârşirii acestui act atrage după sine conştiința că uciderea rămâne veşnic ucidere.

Avortul este păcatul pe care-1 poate săvârşi cineva cu răspundere față de aproapele şi față de sine însuşi. Omul nu poate fî ucis pentru că: a) e creat de Dumnezeu; b) după chipul Său. Aşa hotărăşte Dumnezeu însuşi, potrivit Sfintei Scripturi,

de a nu se ucide. în contrast cu dreptul ce-1 dă El oamenilor de a se hrăni cu carnea animalelor, despre om zice: "De va vărsa cineva sânge de om, sângele aceluia de mână de om se va vărsa, că Dumnezeu a făcut omul după chipul Său" (Fac 9, 6).

Interdicția uciderii se întemeiază pe faptul că este, mai întâi, o jignire adusă lui Dumnezeu însuşi. Dar voința de a nimici un om nu e numai un dispreț față de chipul lui Dumnezeu pe care acesta îl poartă, ci voința de a nimici chipul lui Dumnezeu în toate persoanele care îl poartă. Prin urmare a ucide un om înseamnă a opri revelarea lui Dumnezeu prin actualizarea umană a întregii Lui frumuseți, care se revarsă din cer pe pământ.

Cei ce ucid pe copii în pântecele matern sunt împotriva vieții create de Dumnezeu, împotriva societății omeneşti şi împotriva mântuirii lor. Toți care împiedică naşterea de copii, prin orice fel de mijloace, sunt ucigaşi. Păcatul uciderii este "strigător la cer" (Fac. 4, 10). El întinează pământul şi aduce osânda lui Dumnezeu (Ps. 105, 33). Dumnezeu priveşte cu mânie asupra celui ucigaş (Ps. 5, 6). Dumnezeu se răzbună pe cei ucigaşi (Deut. 32, 43) şi cere sânge pentru sânge (Fac. 9, 5-6). Sfântul riicodim Aghioritul, referindu-se la femeile care avortează, se exprimă şi el: "Astfel: adevărat drăcesc lucru este acesta pe care îl întrebuințează unele mame, cu adevărat înfricoşat şi mare păcat de moarte este această faptă, pentru că se fac ucigătoare şi ucid nu unul, doi sau trei oameni, fac atâtea ucideri câți copii aveau să nască după urmarea trebuinței şi a legii fireşti pe care Dumnezeu a hotărât-o. Că este un lucru drăcesc ni-1 spune însuşi Domnul: "Voi aveți pe diavolul de fată şi tineti să faceți poftele tatălui vostru. El de la început a fost omorâtor de oameni".

Pruncuciderea ce se săvârşeşte prin comiterea avortului, după cum mai spuneam, este cu atât mai mare cu cât uciderea are loc în pântecele mamei, în locul cel mai sigur în care a fost

aşezat copilul de însăşi mâna lui Dumnezeu. Sfinții Părinți văd în avort un păcat împotriva Sfântului Duh din mai multe motive: 1. Se distruge ființa în care Dumnezeu şi-a pus chipul Său; 2. Se intră cu nelegiuire în drepturile lui Dumnezeu, care este singurul stăpân asupra vieții şi morții; 3. Se răpeşte un drept firesc al fiecăruia celui ce se naşte – dreptul de a se naşte – şi bunul de cel mai mare pret dăruit omului de Dumnezeu şi pe care nimeni nu-1 mai poate da înapoi – viata; 4. Se încalcă porunca dragostei; 5. Se ştirbesc drepturile societății fată de care fiecare om are anumite îndatoriri de îndeplinit; 6. Se ucid serii întregi de urmaşi, care aveau dreptul la viată şi puteau fi de mare folos societății (genii, preoți, dascăli, muncitori, mame etc).

Prin urmare, uciderea pruncilor în pântece este păcat împotriva firii omului, împotriva societății şi împotriva lui Dumnezeu.

c.) Pruncuciderea privită în extinderea ei. În orice stadiu al purtării sarcinii şi în orice împrejurare a vieții, avortul provocat reprezintă un omor. Omul este om din momentul conceperii. Am arătat mai înainte că flinta concepută în sânul matern e o ființă complet nouă, diferită, unică, independentă, naşterea înseamnă părăsirea uterului matern, tăierea cordonului ombilical, existența fizică a noului născut în afara trupului mamei şi separat de el. Dar nu este nici o diferență între copilul dinainte şi copilul de după naştere. Oricine ştie că noua ființă concepută va fi curând un copil, în continuare un adolescent, apoi un adult. Şi dacă se face avortul tocmai acesta este motivul: se intenționează suprimarea unei ființe care este destinată să fie un copil, în continuare un adolescent, apoi un adult, adică suprimarea unei ființe omeneşti. Embrionul, la rândul său, nu poate fi considerat nici o formă de viață vegetală sau animală care abia într-o fază ulterioară să devină o viață umană. Studiile de ultimă oră ne arată că, datorită programării ge-

netice care se face, după cum am văzut, în momentul fecundării, o plantă nu poate face să iasă din ea decât numai ceea ce este ea, adică o plantă, iar un animal nu poate să dea viață decât numai la ceea ce este el, adică unui animal. Acelaşi lucru este valabil şi pentru om. Ființa umană rămâne ființă umană indiferent de dimensiunile pe care le are şi de "mediul" în care trăieşte. Or, unde apare o întrerupere a acestei dezvoltări avem de a face cu o ucidere. Acest lucru este afirmat clar în declarația din 9 aprilie 1972 de către Mitropolitul Irineu, primat al Bisericii Ortodoxe din America. (Avortul, un document pentru studii: "Tiational Council of Churches" ttew York, 1973). E vorba despre o pronunțare limpede cu privire la sfințenia vieții copilului, care se extinde şi asupra aşa-ziselor "cazuri dificile", cum sunt violul şi incestul. Căci de fapt această poziție nu contravine vieții în sine, după cum nu se împotriveşte nici normelor acestei vieți. Ea nu cere moartea vinovatului pentru viol şi incest. întrebarea e, din ce motiv ar cere sau ar permite moartea copilului inocent, care este realmente o victimă? Morala ortodoxă nu acceptă moartea drept soluție de rezolvare pentru cazurile dificile.

3.) Avortul, crimă: atentat împotriva persoanei umane

a.) Sensul criminal al avortului. Omul este chemat la o plinătate de viață care depăşeşte cu mult dimensiunile existenței sale pământeşti. Prin întrupare, Fiul lui Dumnezeu s-a unit într-un anumit fel cu fiecare om, iar prin această unire fiecare om este o persoană. în sensul acesta şi copilul din sânul matern, din chiar momentul conceperii sale, este o persoană. în acest eveniment al mântuirii divine se revelează într-adevăr omenirii nu numai iubirea nemărginită a lui Dumnezeu "care atât de mult a iubit lumea" (Ioan 3, 16), ci şi valoarea incompa-

rabilă a fiecărei persoane umane. Aşadar, Hristos Domnul face ca fiecare om să fie o persoană, în mod absolut unică. Astăzi, această intervenţie a Fiului lui Dumnezeu, prin care viaţa umană dobândeşte un caracter personal, devine deosebit de relevantă, tocmai pentru că se înmulţesc şi se ascut în mod impresionant ameninţările aduse vieţii persoanelor, mai ales atunci când această viaţă este slabă şi lipsită de apărare. Prin suprimarea vieţii unei persoane, pruncuciderea este o crimă. Drepturile pe care le deţine o persoană nu le-a primit de la părinţi, de la familie, de la societatea în care se găseşte, ci sunt drepturi conferite de Dumnezeu. întrebarea e, cum reacţionează membrii unei societăţi pro-avorţioniste în faţa dreptului copilului ca persoană la viaţă? Imaginea ce ne apare este, indiscutabil, dramatică. Dacă este mai grav şi mai îngrozitor ca oricând fenomenul atâtor vieţi omeneşti aflate în pragul morţii prin nesocotirea drepturilor lor la viaţă, nu mai puţin grav şi îngrozitor este faptul că însăşi conştiinţa, întunecată de către gândirea seculară a vremii noastre, percepe tot mai greu distincţia dintre bine şi rău. Ceea ce e mai important în existenţa unei persoane priveşte valoarea sa fundamentală ca viaţă omenească. Crima, în această condiţie, a nesesizării ei îşi pierde gravitatea, dar ea rămâne tot crimă.

b.) Cine sunt vinovaţii crimei privind avortul? Pentru femeia care a săvârşit un avort (şi a supravieţuit), vina şi durerea care au urmat acestui act sunt mult mai dureroase şi mai amare decât orice pedeapsă care ar putea fi prescrisă de către Biserică. Totuşi, cea mai mare vină îi revine ei. Există preoţi care relatează despre femei care suferă de pe urma avortului şi după numeroase Spovedanii şi dezlegări. Datoria Bisericii faţă de aceşti suferinzi sărmani este de a-i aduce la pace cu ei înşişi şi cu Dumnezeu, curăţindu-i de amăgirea că ar fi nevrednici de iertarea lui Dumnezeu şi de mântuire. A aduce pa-

cea lui Dumnezeu unei femei astfel vătămate este o muncă duhovnicească, spirituală de ani de zile. Acesta este fructul amar pentru cea de a doua victimă a avortului – femeia. Totuşi, pe lângă fiecare femeie care a săvârşit avort, mai există sute, poate mii care au contribuit la păcatul, la suferința ei şi la moartea copilului, şi care poartă, nu mai puțin decât femeia (şi uneori mai mult decât ea), povara vinovăției. Şi aceştia dacă sunt ortodocşi, trebuie să vină înaintea lui Dumnezeu cel milostiv în Sf. Taină a Spovedaniei, să se căiască şi să nu repete faptele lor păcătoase. Aceştia sunt:

1. *Corpul medical care îndeplineşte procedurile de avort*;

2. *Corpul social de menținere a ordinii, ca şi alți lucrători din cabinetele avorționiste*, care toți permit ca aceste fapte de ucidere a copiilor şi de desacralizare a femeii să fie săvârşite în continuare; 3. *Politicienii* care au votat legislația avorționistă ca şi cei care sunt prea timizi, nein-teresați sau ambițioşi ca să lupte pentru menținerea vieții; 4. *Asistenții sociali* care le-au sfătuit pe femei să săvârşească avort, trimițându-le în mâinile ucigaşilor;' 5. *Judecătorii şi avocații* care folosesc sistemul judiciar pentru a promova avortul un "drept" şi care persecută pe aceia care luptă împotriva uciderii celor nenăscuți; 6. *Membrii mass-media* care ascund realitatea avortului, spunând jumătăți de adevăr, şi care mint pentru a adormi poporul, astfel ca acesta să accepte avortul ca pe "un drept" şi o "necesitate socială"; 7. *Cei care sunt "ortodocşi" doar duminică dimineața*, iar în restul timpului, în lumea din afara Bisericii, se consideră "neutri " sau chiar susținători ai aşa-zisei "pro-alegeri", ajutându-i cu toate resursele lor pe avocații avortului; 8. *Cei care sunt directori de fundații*, de corporații sau de companii şi care susțin cu capital pe puternicii şi influenții avocați ai avortului, cum ar fi "Organizația națională a Femeilor" din America; 9. *Cei care lucrează în companiile care fabrică uneltele de aspirat*, unelte care au unica menire de a-i dezmembra şi ucide pe copiii din pântecele

mamei; şi, de asemenea, cel care lucrează în crematoriile în care sunt arse trupurile fetuşilor extraşi; 10. *Cei ai căror bani şi resurse reproduc prostaglandină* şi alte mijloace de provocare a avortului, cum ar fi IUD, apoi a aşa-numitei "pilule de control al naşterilor", cât şi pesti-cidul uman RU-486; 11. *Cei care promovează, sfătuiesc, ori/şi* efectuează experimente asupra copiilor vii din pântecele mamelor, ca şi asupra celor care au fost avortaţi pentru a fi folosiţi în cadrul aşa-numitelor "cercetări pe ţesut fetal"; 12. *Cei care lucrează şi/sau susţin cabinetele de "planificare familială"*, cabinete care sunt promotorii şi apărătorii cei mai bogaţi şi mai mari ai avortului din întreaga lume. Mai mult, este necesar să se descopere dacă cineva susţine o organizaţie, după cât se pare fără legătură cu avortul, dar care îl sprijină.

c.) Avortul, rană de moarte a sufletului etnic. Legătura dintre suflet şi trup, ce se înfiripă cu ocazia zămislirii unui copil, nu are scop efemer, deşi moartea pândeşte pe copil din prima clipă. Finalitatea ei este existenţa veşnică. Tiu este vorba numai de existenţa personală, ci şi de existenţa neamului. Veşnicia existenţei personale, spre care tinde sufletul, prin însăşi natura lui spirituală, îi este asigurată, după cădere, de faptul învierii lui Hristos. Veşnicia neamului este şi ea o taină pe care ne-o descoperă, în parte, unul şi acelaşi act al zămislirii copilului din părinţii soţi. Neamul nici nu este altceva decât o familie mare. Pe de altă parte sufletul nu este numai sediul eului personal, ci şi al eului etnic. De aceea suprimarea vieţii în pântecele matern nu este numai un atentat asupra unei persoane, ci şi asupra unui neam. Păcatul pruncuciderii este, în acelaşi timp, omor şi genocid. în sensul acesta ne spun Sfinţii Părinţi că acest păcat pătrunde în vistieriile vieţii. Cu fiecare concepere, cu fiecare naştere, cu fiecare zâmbet de copil, neamul se împrimăvărează, îşi descoperă năzuinţa spre nemurire. În sânul matern, viaţa lui nu înregistrează doar un simplu popas.

în acest sân se înnoieşte taina zămislirii: "misterium vitae", fiind şi taina perpetuării lui. Primejdia care îl paşte pe copil îl paşte şi pe el. Uciderea este contrafacerea tainei conceperii, dar şi a tainei neamului.

4.) Avortul: genocid, atentat împotriva neamului

a.) Genocidul avoiționist – definirea lui. Sub denumirea de genocid se înțelege, în genere, o faptă săvârşită de cineva cu scopul de a distruge, în întregime sau în parte, un popor sau un grup național, etnic, rasial, religios. El ar consta în uciderea membrilor colectivității sau grupului respectiv, vătămarea gravă a integrității fizice sau mintale a acestora, după cum ar consta şi în supunerea la condiții de existență sau tratament de natură să ducă la exterminarea fizică a grupului sau neamului în cauză. Prin genocid însă, potrivit mai multor dicționare, se mai înțelege, de asemenea, şi faptul luării de măsuri în vederea împiedicării naşterilor. E drept că în cazul fenomenului pe care urmează să-1 analizăm nu avem de a face cu acte de crimă provocate de forțe ostile, exterioare unui neam. Crima respectivă nu ar fi ucidere, ci sinuciderea neamului. Şi totuşi, se comite omorul, nici un fel de consimțire nu apare din partea pruncilor ucişi în sânul matern. Suicidul etnic este de fapt etnocid. Moartea acestor prunci se constituie într-un asasinat colectiv, premeditat şi executat într-un mod conştient. Mu este un flagel oarecare, o epidemie, o moarte pasivă dependentă de o catastrofă naturală. Dimpotrivă. E un atentat împotriva existentei umane, un dig ce se opune cu îndârjire în calea revărsării şuvoiului vieții. Iar de aici putem deduce că e vorba şi de un atentat împotriva lui Dumnezeu.

b.) Gravitatea genocidului avorfionist. Porunca "să nu ucizi" dobândeşte în creştinism, odată cu răstignirea pe Cruce

a Mântuitorului, o exigentă unică. în orice împrejurări ar fi comisă, crima rămâne crimă, supusă judecății morale, orice fel de circumstanțe atenuante s-ar acorda autorului ei. în cazul genocidului, dacă nu fac tot ce îmi stă în putință ca să împiedic o crimă privind pe conaționalul meu, care este un frate bun al meu, chiar când se află încă în sânul matern, deşi nu sunt eu autorul acesteia, sunt şi eu vinovat. Omorul, în cazul acesta, nu este supus judecății conştiinței personale, ci şi conştiinței etnice din mine. Faptul că apare aievea acest imperativ necondiționat al poruncii “să nu ucizi” în viata comunitară, şi membrii ei nu pot trăi atunci când de către unul sau altul dintre ei s-a produs o fărădelege gravă, este dovada cea mai deplină a călăuzirii lor de către o conştiință etnică şi a păstrării în flinta lor a unei zestre spirituale din etno-geneză. Dar adevărul că o atare neconditionare nu o mai aflăm astăzi la membrii societății unei tări, cu atât mai puțin în solidaritatea tuturor oamenilor, ci numai în sânul unor comuniuni tradiționale, nu schimbă cu nimic datele considerației prezente. în schimb, face ca acest fapt să constituie vina noastră, a tuturor.

c.) Cauza esențială a genocidului: trădarea sufletului românesc şi a Legii strămoşeşti. Rădăcinile din care odrăs-leşte genocidul la care ne raportăm sunt numeroase şi profunde. Ar fi prea mult să ne ocupăm de ele. Mai important lucru este a ne da seama că la cunoaşterea lor nu ajungem doar identificând diversele împrejurări care fac să apară genocidul ca avort voluntar în masă. numai surprinderea unor semnificații mai adânci ale acestui asasinat ne poate conduce spre înțelegerea esenței lui. Să dăm un exemplu: lipsa bunurilor materiale ar putea fi considerată drept o cauză a săvârşirii unui avort într-o familie nevoiaşă. Se ştie insă prea bine că în trecutul destul de apropiat copiii numeroşi aparțineau tocmai acestor familii sărace. Deci presupunerea că avortul s-ar datora unor lipsuri ma-

teriale nu este justificată. La alte rezultate ajungem, în schimb, urmărind semnificația acestui fenomen. Astfel, bunăoară, vedem limpede că avortul nu este numai în mod simplu ucidere sau crimă, ci este realmente un genocid. Sensul cel din urmă al acestei fărădelegi explică, într-un fel, şi celelalte aspecte şi însuşiri ale sale. într-adevăr, pretutindeni şi totdeauna trădarea fată de Dumnezeu este şi cauza crimei fată de om. în acest fel, vom putea ajunge să ne dăm seama de autenticele cauze ale genocidului. în mod precis, ele sunt de ordin religios-moral. Toate se referă la trădarea sufletului românesc, precum şi a legii strămoşeşti, într-adevăr, etnicul românesc este expus surpării din partea unor însemnate ofensive îndreptate cu vrăjmăşie diabolică împotriva lui: ateismul iluminist şi indiferentist (precedat de ateismul comunist de stat), mamonismul materialist, internaționalismul secular şi cel religios (sincretismul), sectarismul antihristic, coruptionismul, porno-filismul, distructivismul ecologic, în concordantă toate cu avorfionismul, el însuşi susținut de puternice organizații mondiale.

5.) Avortul – deicid, atentat împotriva Mântuitorului Iisus Hristos însuşi

a.) Sensul avortului ca deicid. Păcatul avortului provocat este atât de mare încât se poate numi şi deicid, respectiv uciderea lui Dumnezeu. E un mod metaforic de a vorbi, dar profund real. Felul în care Hristos-Domnul se identifică oarecum cu omul, copil sau adult, ne este descoperit de Mântuitorul însuşi. în pilda judecății viitoare, pe care a rostit-o înainte de patima Sa, adresându-se celor "de-a stânga", destinați pedepsei veşnice, El se exprimă astfel: "Atunci va zice şi celor de-a stânga: "Duceți-vă de la Mine, blestemaților, în focul cel veşnic, care este gătit diavolului şi îngerilor lui. Căci flămând am fost şi nu Mi-ați dat să mănânc; însetat am fost şi nu Mi-ați dat

să beau; străin am fost şi nu M-ați primit; gol şi nu M-ați îmbrăcat; bolnav şi în temnițe şi nu M-ați cercetat!' Atunci vor răspunde şi ei zicând: "Doamne, când te-am văzut flămând, sau însetat, sau străin, sau gol, sau bolnav, sau în temniță şi nu Ți-am slujit?". El însă le va răspunde zicând: "Adevărat zic vouă: întrucât nu ați făcut unuia dintre aceştia prea mici, nici Mie nu Mi-ați făcut" (Matei 25, 41-45). Aceşti (prea mici) sunt în primul rând copiii avortați, care nu au avut parte să fie hrăniți, adăpați, adăpostiți, îmbrăcați, îngrijiți şi cercetați cu milă şi cu iubire de mamele lor. Mântuitorul, după cum vedem, se identifică cu ei. Mama care avortează dovedeşte că-L spulberă pe Dumnezeu din rosturile existenței sale, nu numai din rostul primei creații, ci şi din a celei de-a doua creații. Ea ucide copilul de două ori: o dată împiedicându-1 să vadă lumina zilei acesteia, iar a doua oară, lumina vieții viitoare. învierea lui Hristos este un act de rezidire a lumii întregi. Toți oamenii iau parte la această înviere. Despre înviere, Hristos însuşi ne spune că El este cel dintâi născut din morți. învierea ne descoperă astfel avortul ca fiind deicid. Făcându-se începător al învierii noastre, El a schimbat condițiile ontologice ale existenței în general. Iată cum, cu fiecare copil care se naşte, se naşte într-un fel Hristos-Domnul, de aceea şi mamele care-şi ucid copiii îl ucid pe Hristos în fiecare din aceştia.

b.) Deicidul, stavilă în calea dobândirii Sfintelor Taine.

Prin avort copilul ce urma să se nască este frustrat de naşterea din nou, este lipsit mai întâi de taina sfântului Botez. Căci copilul încă de la concepere este purtătorul chipului lui Dumnezeu şi destinat a purta şi chipul lui Hristos. Distrugându-se acest chip, răstignindu-se în pântecele matern, în copilul nenăscut se răstigneşte Hristos insuşi. Cu alte cuvinte, vina mamei este cu atât mai mare in cazul pruncuciderii cu cât copilul nu poate fi botezat, nu poate avea un paşaport valabil pentru

cer. Dacă mama naşte copilul, ea zideşte o nouă biserică a lui Dumnezeu, ea este arhitectul şi ziditorul unui sfânt lăcaş de închinare, precum zice Sfântul Pavel că "trupurile noastre sunt temple ale Duhului Sfânt" (cf. I Cor. 6, 19). Dimpotrivă, mama care-şi ucide copilul dărâmă un templu şi săvârşeşte astfel unul din cele mai mari sacrilegii. Dacă mama născând copilul îl întregeşte într-un fel pe Hristos, fiind noi mădulare ale Trupului Lui, "din carnea Lui şi din oasele Lui" (Efes. 5, 30), împlineşte cuvintele Apostolului: Proslăviți pe Dumnezeu în trupurile voastre" (I Cor. 6, 7); mama sacrilegă înlocuieşte proslăvirea cu o blasfemie.

Cine ucide un orh opreşte dialogul lui Hristos Domnul cu unul din partenerii Săi pe pământ, dialog care are ca scop să ridice pe omul respectiv la o înțelegere tot mai mare a lui Hristos. Cel ce ucide lucrează împotriva acestei voințe şi a actului de întrupare a Fiului lui Dumnezeu. Mai mult, cel ce ucide omoară un mădular virtual sau actual al persoanei Fiului lui Dumnezeu, căci cel ce omoară pe cineva, luându-i viața înainte de moartea lui naturală, suprimă un mădular al lui Hristos, "o parte a Lui".

Tot în sensul deicidului, păcatul uciderii pruncilor îi face pe părinți responsabili şi în fața lui Hristos euharistie. Prin comuniune cu Domnul ,omul intră în legătură nemijlocită cu Dumnezeu, prin Trupul şi Sângele lui Hristos care se face una cu trupul şi sângele nostru. Şi din acest sânge se va plămădi ființa umană care este chemată la ospățul împărăției să guste iubirea lui Dumnezeu şi să devină fiu al acestei iubiri.

c.) Avortul, pricină de desfigurare. Cu drept cuvânt se poate spune că a omorî un om, în cazul de față un prunc, înseamnă a omorî ceva din Hristos. Sfântul Apostol Pavel ne spune că: "Suntem mădulare unii altora" (Rom. 12, 5). Deci a omorî un mădular al trupului lui Hristos înseamnă a produce o lip-

să şi o tulburare a întregului trup. De fapt orice ucidere între creştini opreşte procesul de cunoaştere spirituală a întregului creştinism, coborând ca atare creştinismul însuşi şi desfigurându-1 prin săvârşirea unui atentat împotriva lui Hristos. Căci orice ucidere săvârşită de un "creştin" este un atentat la adresa întregului creştinism, se înscrie ca o perturbare cu repercusiuni generale în existența lui şi se descoperă ca o piedică pe calea spre desăvârşirea creştină.

V.) Combaterea pruncucideri la sSinții Părinți şi în canoanele Bisericii Ortodoxe

1.) Avortul şi combaterea lui la Sfinții Părinți

a.) Prima perioadă creştină. Nu ne putem permite să aducem drept mărturie pentru cele susținute până aici numeroasele atestări ale Sfinților Părinți, de aceea ne rezumăm numai la unele dintre acestea.

în cercul larg al păcatului uciderii, intră bineînțeles avortul şi pruncuciderea. Şi pentru că învățătura Sfinților Părinți o cunoaştem îndeosebi din scrierile lor, vom prezenta în continuare poziția şi atitudinea lor față de păcatul avortului, aşa cum reiese din cele ce s-au scris. La mijlocul primului secol, în "învățătura celor 12 Apostoli", lucrare atribuită Sfinților Apostoli, numită şi Didahia, autorul necunoscut, pornind de la porunca a şasea din Decalog, se exprimă astfel: "Să nu ucizi" îndeamnă pe fiecare creştin la modul imperativ al cuvântului la o nouă viață morală, zicând: "Să nu strici băieți..., să nu faci otrăvuri..., să nu ucizi copil în pântece, nici pe cel născut să nu-1 ucizi" (Didahia II, 1). în jurul anului 200, un alt autor necunoscut, prezentând felul de viețuire a creştinilor, consemnează în Epistola către Diognet că, de fapt, creştinii "se căsătoresc ca toți oamenii, dar nu aruncă pe cei născuți" (Epistola că-

tre Diognet V, 6). Certitudinea că embrionul este însuflețit o dezvoltă Tertulian în lucrarea sa "De anima", în care contrazice pe "cei ce afirmă că sufletul nu se zămisleşte în pântecele mamei concomitent cu dezvoltarea fizică a embrionului, ci că este imprimat din afară în momentul naşterii, când copilul nu este încă viu" (Despre suflet, XXX, 2).

b.) Perioada patristică. Perioada marilor confruntări hristologice a coincis cu aceea a afirmării şi organizării monahismului răsăritean, în care problemele ridicate de procreare au devenit mai acute. Din această perioadă se remarcă unele atitudini caracteristice pe care le vedem în continuare. Copiii pentru sfântul Clement Alexandrinul, "sunt vlăstarele trupurilor noastre", "florile căsătoriei" pe care dumnezeiescul lucrător le culege din livezile cele trupeşti. "De aceea, se cuvine să fim cu grijă pentru că întreaga noastră viață se va scurge în chip firesc, dacă ne stăpânim de la început poftele şi nu ucidem cu mijloacele rele fătul omenesc, făcut să se nască prin dumnezeiasca purtare de grijă. Femeile care folosesc pentru acoperirea desfrânării droguri pentru avort scot afară o materie complet moartă, dar avortează odată cu fătul şi iubirea de oameni" (Pedagogul II, 10). Tot cu privire la neînfrânare, el spune că "ar trebui mai bine să nu se însoare cel care nu doreşte să facă copii, decât să ajungă ucigaş de copii din pricina neînfrânării poftei; căci, legea cea bună interzice să se jertfească în aceeaşi zi puiul şi mama" (Lev. 22, 28). De aici au luat şi românii rânduiala aceasta: "Dacă este osândită la moarte o femeie însărcinată nu se executa pedeapsa înainte de a naşte". Sfântul Ioan Gură de Aur spune că avortul aduce blestemul morții în însăşi vistieria vieții. După el, aducerea în casa bărbatului a femeii ca urmare a căsătoriei are loc pentru facerea, creşterea şi îngrijirea de copii şi administrarea casei (Ep. către Efes., Omilia 20 la Efeseni). Sfântul Ioan Scărarul, afirmând că: "Sufletul nu-şi ia

flinta mai înainte de trup, nici după el, ci se naşte deodată cu crearea acestuia”, consideră că “este ucigaş prin urmare cel care ucide pruncul în pântece, deoarece din clipa zămislirii chiar s-a şi însuflețit” (Scara 81, Cuvântul 21).

2.) Combaterea de către sfintele canoane a avortului provocat

a.) Combaterea avortului propriu-zis. Asupra avortului voluntar cade, în morala ortodoxă, cea mai grea osândă, a împiedicării vieții. După cum am văzut în alineatele anterioare, viata copilului începe din clipa în care e conceput, în momentul tainic al zămislirii, Dumnezeu îi creează sufletul nemuritor. *Avortul este ucidere, crimă, aenocid* si *deicid*. Este o ucidere, şi încă o ucidere cu premeditare. Este o crimă, cu atât mai vinovată cu cât ia dreptul la viată unei flinte omeneşti, înainte de a se bucura de ea şi de a se învrednici de Sfântul Botez. Este un genocid, pentru că odată cu o viată nimicită, se distrug şi viețile urmaşilor posibili ai persoanei ce se cuvine a se bucura de ea, adică a unui neam. Este deicid, pentru că odată cu sângele copilului se varsă “Sângele” lui Hristos (E vorba despre o identitate mistică dintre sângele copilului şi “Sângele” lui Hristos, pe care o aflăm la Matei XXV, 32-46: “întrucât n u ați făcut unuia dintre aceştia, nici Mie n u Mi-ați făcut”, v. 45). Sfinții Părinți, chiar de ar fi să-i numim doar pe Qrigorie Teologul, Maxim Mărturisitorul, Atanasie Sinaitul, condamnă în unanimitate avortul provocat, declarându-1 drept ucidere, deicid. în canonul 2 al Sfântului Vasile se precizează: “Cea care leapădă fătul cu voie este supusă judecății pentru ucidere”. Canoanele 91 Trulan, 21 Ancira, 2 şi 50 ale Marelui Vasile, consideră doar un pogorământ oprirea femeii vinovate de săvârşirea avortului, la 10 ani de la cele sfinte. Astfel, oprirea ar fi pe viată, potrivit hotărârii canonice de la Elvira. Aceleaşi canoane, şi pen-

tru complici. De asemenea, canoanele: 66 apostolic, 5 al Sfântului Qrigorie de Myssa, 13, 14, 55 ale Sfântului Vasile, caterisesc pe preoții care sunt vinovați de complicitate cu cei ce săvârşesc crima de avort, fie dezlegând pe cei ce nu au conştiința păcatului la măsura gravității lui, în scaunul Mărturisirii, fie că sunt vinovați ei înşişi de această crimă comisă în propriile lor familii.

b.) Combaterea canonică a practicilor "anticoncepționale', cu efecte contragestive. De încălcarea planului divin al naşterii de prunci tîne un întreg cortegiu de nelegiuiri, o serie de acțiuni şi fapte pe care le-am putea împărți, revenind succint asupra lor, în trei mari categorii de păcate: sterilitatea voluntară conjugală (frauda conjugală), tehnica aşa-zisă "contraceptivă" (practicile folosirii produselor farmaceutice, din care face parte mai ales "pilula", ca şi a altor tertipuri de ordin mecanic şi chirurgical) şi avortul provocat (pruncuciderea). în ce priveşte sterilitatea voluntară conjugală, răspândită ca un sistem generalizat în numeroase medii sociale, este păcatul ce se datorează mentalității actuale anticoncepționale şi proavortioniste. După precizările pe care le-am făcut mai sus, soții au ajuns să considere plăcerea fizică, vinovată ca atare, drept scop al legăturilor conjugale. Acest scop ar fi, chipurile, în măsură să legitimeze orice manevră în stare să împiedice transmiterea vieții. Pe Onan, însă, care a săvârşit acest păcat, ne spune Sfânta Scriptură a Vechiului Testament, Dumnezeu 1-a pedepsit cu moartea (cf. Fac. XXXVIII, 10). în Legea Nouă, Sfântul Apostol Pavel scrie: Tiu vă amăgiți... malahienii nu vor moşteni împărăția lui Dumnezeu" (I Cor. IX, 10). Introducerea mijloacelor artificiale de restricție în calea fecundității, cum sunt acelea a utilizării produselor farmaceutice, mai ales a "pilulei", cât şi a tehnicilor mecanice şi chirurgicale, constituie şi acestea practici interzise de canoane. Luarea unor substanțe chimice sau

produse biologice, în speţă hormonale, în mod preventiv, ar putea fi considerată după maniera de utilizare, ca şi după intenţie, nu doar un păcat asemănător fraudei sau sterilităţii voluntare conjugale, ci de-a dreptul păcat de pruncucidere. Substanţele şi tehnicile mecanice contraceptive sunt în realitate, după efectele lor, mai mult con-tragestive, decât contraceptive, după cum vom vedea, analizând un fenomen pro-avortiv al vieţii contemporane, în orice caz, o anumită nesiguranţă în distrugerea celulelor germinative, care ar putea fi mai mult, adică nimicirea unui embrion format, făcea ca acest păcat să fie trecut, încă dintr-o perioadă mult anterioară vremii noastre, în rândul păcatelor de ucidere. Sfântul Vasile cel Mare, în canonul 2, se pronunţă astfel: "Cei care dau medicamente preventive sunt ucigaşi. Şi ei, şi cele care primesc otrăvuri ucigătoare de feţi (embrioni)". în zilele noastre, însă, acţiunea contragestivă hormonală (pilula) creează un fenomen pe care nu 1-a mai cunoscut istoria, iar acesta se cuvine să fie analizat şi înregistrat în toată gravitatea lui. E vorba despre viaţa intrauterină a copilului, descoperită în zilele noastre, prin mijloace tehnico-ştiinţifice superioare, dar în acelaşi timp expusă celor mai mari primejdii tot datorită descoperirilor în cauză.

c.) **Aplicarea sfintelor canoane privitoare la pruncucidere**. Dacă din punct de vedere canonic putem vorbi despre acrivie şi iconomie, din punct de vedere moral şi pastoral aceşti termeni se traduc prin aceia de rigorism şi laxism. Sfinţii Părinţi atrag atenţia preoţilor, chemaţi să aplice canoanele privitoare la viaţa de familie, că ei pot comite două mari greşeli. O greşeală priveşte iertarea invalidă, din scaunul mărturisirii, în cazul în care vinovatul se află fără o pocăinţă corespunzătoare, iar duhovnicul, farâ discernământ. Aflându-se în afara rânduielii tradiţionale, unii duhovnici se angajează la dezlegarea unor mari păcate, adulter, divorţ, dar mai ales avort, pentru că ei în-

şişi au nevoie de iertare, şi astfel fărădelegea lor să nu fie stingherită, ci chiar învățată. A doua greşeală este aceea în care duhovnicul se arată prea aspru, apelând la o manieră juridică de utilizare a canoanelor, pentru ca eventual să-şi tăinuiască şi el propriile sale păcate. în toate cazurile, locul acriviei sau al iconomiei, respectiv al rigorismului şi al laxismului, se cuvine să-1 ia realismul. Este tocmai ceea ce prevede şi canonul 102 Trulan, indicând la aplicarea canoanelor de penitență dreapta măsură, precum şi observarea concretă a posibilităților de îndreptare pe care le are penitentul.

Câteva principii privitoare la aplicarea pastorală a sfintelor canoane, în cazul observării acestora de către duhovnici şi penitenți, pot fi utile şi eficiente, a) Păcatul nu se vindecă decât adăugând la harul lui Dumnezeu exercițiul virtuții contrare lui (accentul pus pe caracterul pozitiv al canonului, iar nu pe cel negativ); b) Canonul este mijloc de tămăduire mai mult decât de ispăşire (în nici un caz de “satisfacere”, mijloc de control al pocăinței şi măsură de siguranță a îndreptării); c) La aplicarea canonului e important să nu fie pocăința penitentului mai mică decât crima săvârşită. De asemenea, să nu se omită principiul resti-tuției: “nu poți fi iertat păstrându-ți rolul crimei”; d) Aplicarea canonului să țină seama de încadrarea credinciosului în ritmul liturgic; e) Mai presus de orice, la aplicarea canonului, păstorul de suflete să-şi descopere întreaga lui dragoste față de penitent.

3.) Sensul realismului în aplicarea canoanelor privitoare la pruncucidere

a.) **Responsabilitate şi realism în dezlegarea păcatelor**.

Realismul are în vedere trezirea şi educarea conştiinței creştine a soților ca soți şi a păcatelor lor ca părinți în familie, întreaga noastră tactică de severitate sau indulgență, la care ne

îndeamnă canonul 102 Trulan, ne va fi fără de folos dacă nu vom câştiga conştiința soților şi părinților de partea lui Hristos. Zadarnice vor fi toate exercițiile de voință pe care le recomandă canoanele dacă nu oferim celor în cauză o certitudine, un sentiment profund al responsabilității faptelor lor înaintea lui Dumnezeu. Restabilirea autorității unei vieți trăite în sfințenie, imperativul suprem al zilelor noastre, nu poate să aibă loc decât în forul interior al sufletului. Lupta dintre bine şi rău, între avânturile înalte ale spiritului şi înclinările spre păcat se dă în conştiință. în momentul în care am reuşit să aducem conştiința celor doi soți înaintea lui Dumnezeu, să le descoperim adevărul că ei sunt doi într-un duh, nu numai doi într-un trup, ei se vor bizui pe această certitudine şi se vor simți în stare să se smulgă din ispita oricăror tentații vinovate.

Realismul despre care vorbim contrastează, după cum am mai spus, atât cu rigorismul, cât şi cu laxismul. în ce priveşte acesta din urmă, adică laxismul, prin realism ne dăm seama că Dumnezeu nu iartă pe păcătos pentru a rămâne păcătos, ci pentru hotărârea lui de îndreptare. Convingerea că poți călca orice lege divină şi omenească, şi totuşi să primeşti iertare, respectiv poți să comiți adulter sau să ucizi pruncul în sânul matern, nesocotind canoanele Sfinților Părinți, e un puternic stimul de imoralitate, căreia îi urmează degradarea personală şi socială. Pe de altă parte, nesocotirea canoanelor este tot una cu nesocotirea responsabilității față de faptele săvârşite. Or, să se ştie, responsabilitatea micşorată micşorează, la rândul ei, responsabilitatea. Cu alte cuvinte, accentuează slăbiciunea celor lipsiți de voință. Mulți păstori de suflete, cu preocupări vădite de a-i ajuta pe soții vinovați, nu ştiu câtă cruzime se găseşte în înțelegerea şi aşa-zisa lor milă, de cât ajutor lipsesc pe aceia pe care ar voi să-i ajute, dar şi câtă caritate se găseşte în tăria, în observarea justă a < rtnoanelor. Dacă acest adevăr trece neobservat aceasta vMc pentru că de prea multe ori severitatea se

uneşte cu o falsă asprime, respectiv cu observarea juridică a canoanelor, pierzând astfel sensul autorităţii Sfântului Duh, nmtntit mai înainte.

Dar realismul contrastează şi cu rigorismul. Suferinţa este purificatoare şi ispăşitoare, dar numai dacă este transfigurată de prezenţa în ea a lui Hristos, dacă ea însăşi devine un dar al lui Dumnezeu. Timpul acordat penitenţei trebuie văzut şi el din perspectiva acestui realism. După ce Indică anii de penitenţă, în canoanele sale, Sfântul Vasile cel Mare precizează următoarele: "Acestea toate vi le scriem pentru a se încerca roadele pocăinţei. Fiindcă noi judecăm despre acestea nu după timp, ci privim la modul pocăinţei'. Orice roadă de pocăinţă descoperă în ea dobândirea Sfântului Duh.

VI.) Un nou câmp de confruntări în apărarea darului sfânt al vieţii

1.) Dezorganizarea "revoluţionară" a vieţii familiale contemporane.

Spre încheierea acestei expuneri, ne întoarcem la problema "contracepţiei", aşa cum e formulată în zilele noastre, pentru a constata apariţia unui nou câmp de bătălie în care se confruntă, cu forţe sporite, proavor-ţionismul şi antiavorţionismul.

Realmente, demnitatea familiei contemporane se află în primejdie. "Sănătatea persoanei şi a societăţii, atât umane cât şi creştine, este strâns legată de prosperitatea comunităţii conjugale şi familiale", s-a afirmat şi de către diverşi teologi ai zilelor noastre. Toţi cercetătorii oneşti constată că, în noul ansamblu de realităţi, pot fi indicaţi o mulţime de factori care contribuie la slăbirea vieţii familiale, unii amintiţi şi mai înainte, vizând căsătoria aşezată pe principiul adulterului şi al divorţului, al pornofiliei şi corupţiei, dar mai ales al pruncuciderii. Toa-

te aceste instituții, unele moşteniri directe ale Revoluției franceze, altele noi, după cum iarăşi am mai văzut, nu sunt decât părți componente ale unui sistem complet coerent, ale unui complex de date abuzive, o adevărată cultură a fărădelegii, în măsură să distrugă familia, făcând-o să piardă şi valorile ce i-au mai rămas în urma încercărilor prin care a trecut în ultimele secole. într-adevăr, e cazul să se identifice şi să se insiste asupra concepțiilor greşite care contrazic în mod flagrant ideea naturii căsătoriei creştine, mai mult decât în trecut, precum sunt egoismul, individualismul, hedonismul şi senzualismul, într-un mod exacerbat.

Degradarea "revoluționară" ce caracterizează ruinarea familiei în zilele noastre se face prin introducerea în alcovul conjugal a unor şi mai grave perturbări, odată cu utilizarea sistemului mondial de "planificarea familială", în primul rând a pilulei anovulatorie. Apariția acestei pilule are, într-adevăr, ceva din ceea ce se numeşte "revoluție"; prin invenția unor substanțe hormonale contraceptive şi contragestive, omenirea dispune de mijloace chimice, la care se adaugă şi cele mecanice care îi permit să disocieze sexualitatea de procreație. Efectele acestei revoluții sunt amplificate de contribuțiile pornografiei contemporane, puse la punct prin cele mai subtile şi moderne mijloace tehnologice. în felul acesta, consorțiul, de care aminteam şi în capitolul anterior, priveşte o familie trunchiată, mai bine-zis, un instrument de plăcere, "un egoism în pereche, spre a se desfăta cât mai deplin unul de celălalt". Această ebrietate senzuală a amorului nu satisface însă exigențele adevăratei societăți conjugale, înregistrările de ordin negativ, pe care le face etica socială în ultima vreme, pe de altă parte, se referă la toate aspectele aşa-zisului "amor liber", pentru a se insinua că şi căsătoriile temporare, căsătoriile de încercare, căsătoriilor-prietenie", nu sunt decât nume pentru unele şi aceleaşi false concepții şi realizări de căsătorie şi familie.

2.) Sensul "planificării familiale".

Imaginea unui nou < âmp de bătălie nu numai dintre două practici, ci şi dintre două concepţii, se află în legătură cu un fapt de dimensiuni, în felul lor, după cum spuneam, extraordinare. Apariţia pilulei anovulatorie, în contextul civilizaţiei contemporane, se manifestă ca o adevărată revoluţie. Cuvântul "revoluţie" poartă în sine ceva din cutremurarea evenimentelor sociale ale cunoscutei Revoluţii franceze, dar nu mai puţin a exploziei bombei atomice, de la Hiroshima, din 6 august 1945. Pentru prima dată în istorie, omenirea dispune de arme absolute care permit să disocieze sexualitatea de procreaţie. E vorba şi de sensul în care viaţa conjugală primeşte lovitura capitală. Ce au făcut Pincus şi Rock, inventatori şi descoperitori ai pilulei, nu au făcut napoleon sau Lenin, Mendel sau Einstein. E adevărat, revoluţia lui Pincus şi Rock a fost precedată de altă revoluţie, aceea care s-a petrecut în conştiinţa omenirii odată cu decretarea liberalizării avorturilor. Aşa-zisul drept de alegere al mamei nu este altul decât dreptul aceleiaşi femei, cel mai rece dintre monştri, după o expresie a lui Nietzsche, de a săvârşi o crimă, pruncuciderea prin avort. De data aceasta, crima pe care poate să o săvârşească o mamă ajunge să se constituie drept o crimă perpetuă, tocmai prin folosirea pilulei. Pilula anovulatorie nu este numai o armă contraceptivă, ci, în speţă, una contrages-tivă. Deşi posibilitatea întreruperii sarcinii între concepere şi implantare părea, cu puţin timp înainte, aproape imposibilă, acţiunea fiind redusă la o intervenţie chirurgicală, dezvoltarea industriei şi piaţa planificată a pilulelor a schimbat completamente situaţia. Pilula ajunge nu doar să prevină conceperea, ci şi implantarea embrionului, după ce conceperea a avut loc, iar utilizarea ei să dobândească o extindere mondială.

Referirea pe care o facem la produsele farmaceutice, de provenienţă hormonale, nu exclude raportarea la celelalte mij-

loace, care pe alte căi urmăresc aceleaşi efecte. în noul câmp de bătălie împotriva copilului, la pilula de "control al naşterii", care se ia în doze mici şi care se poate găsi peste tot, acţionând ca un mijloc chimic de avort, se adaugă şi comunul IUD (dispozitivul intrauterin). Totuşi, e de notat că pilula avortivă (RU-486) rămâne arma principală a pruncuciderii, ea nemaiavând nici măcar legitimitatea falsă de a preveni conceperea, ci este de-a dreptul un medicament, considerat sigur şi eficient în execuţia avortului. Specificul acestei acţiuni contragestive devine relevant prin aceea că pilula actuală de gen "morning after" a ajuns un medicament de întrerupere a sarcinii în funcţie de care femeia nu va mai şti niciodată dacă a fost sau nu însărcinată. Este tocmai ceea ce constituie esenţa crimei infantile neîntrerupte.

3.) Planningul familial – laborator al pruncuciderii.

Nu putem încheia acest capitol, în care am încercat să discernem elementele pozitive de cele negative, din morala zilelor noastre, fără să facem unele precizări de rigoare, cu consecinţe practice imediate. în raport cu distincţia pe care această morală o face între "o planificare familială naturală" şi o "planificare familială artificială", acceptând ca licită pe prima şi respingând ca ilicită pe a doua, suntem obligaţi, aşa cum se întâmplă în romano-catolicismul contemporan, să observăm un refugiu al acestei gândiri la o cazuistică a mijloacelor contraceptive, care trişează, bunăoară în catolicism, litera doctrinei oficiale. La drept vorbind, de vreme ce se admite metoda contraceptivă a calculului lunar (Ogino-Knaus), hotarul dintre firesc şi nefiresc, natural şi artificial, respectiv, licit şi ilicit, devine greu de precizat, cu totul imprecis şi aleatoriu. Pe de-o parte, actele "prezervate" prin calcularea zilelor, printr-un mijloc mecanic, ca şi printr-o continenţă voită, dar calculată, sunt în fond acte nefireşti. Pe de altă parte, intenţia de a împiedica naş-

terea este una şi aceeaşi, atât pentru mijloacele naturale, cât şi pentru cele artificiale. Aşadar, problema nu este cea a mijloacelor, ci problema este a Intenției. Păcatul se înfiripă în ordinea vieții spirituale. Ca atare, se evită, "fraudele contra naturii", dar se comite frauda împotriva dreptei conştiințe, prin promovarea judecăților oferite de o conştiință strâmbă. Iar aceasta e mai mult decât o fraudă contra naturii, este o perversiune a conştiinței şi o rănire a iubirii, privind gravitatea acestui păcat.

Iată motivul pentru care problema "planningului familial" încheie scrierea de față: Este ultima şi cea mai de scamă ofensivă pe care proavorționismul contemporan o îndreaptă împotriva ființei umane. Lupta are loc pe câmpul de bătălie al conştiinței. La apelul consemnat pe prima pagină se adaugă, aşadar, şi avertismentul de la finele acestor rânduri.

Preot prof. Dr. Ilie Moldovan
– *Presedintele de onoare al Federatiei Organizatiilor Ortodoxe Pro-Vita din Romania*
– *Preşedintele „Asociației Provita" din Sibiu.*

ANEXĂ

Statutul şi Carta Federației definesc scopul, obiectul şi principiile ei teologice, antropologice şi morale :

I.) Scopul Federației îl reprezintă conjugarea eforturilor tuturor persoanelor şi organizațiilor ortodoxe în vederea apărării şi promovării în întreaga societate a învățăturii de credință ortodoxe cu privire la valoarea vocației parentale pentru viața aceasta şi pentru cea veşnică, la valoarea unică în fața lui Dumnezeu a vieții persoanei umane încă de la concepere, cu privire la păcatele împotriva acestora, cât şi pentru sprijinirea materială şi morală a familiilor şi persoanelor care caută să pună în practică această învățătură.

II.) Obiectul de activitate al Federației constă în punerea în practică a învățăturii de credință ortodoxă cu privire la viața persoanei umane şi la vocația parentală, prin diferite forme cum ar fi:

- afirmarea valorilor vieții persoanei umane şi vocației parentale încă de la concepere prin conştientizarea şi susținerea în acest sens a tuturor celor responsabili, membrii şi structuri ale Bisericii, instituții ale statului, ONG-uri, persoane fizice şi juridice;

– activități de cunoaştere şi comunicare a învățăturii de credință ortodoxe asupra vieții persoanei umane şi a vocației parentale;

– sprijinirea reciprocă în realizarea obiectivelor pentru viață şi vocație parentală proprii fiecărei organizații membre, inclusiv prin stabilirea unor domenii de competență şi serviciu comunitar (ce poate pune fiecare organizație la dispoziția tuturor);

– întâlniri de lucru tematice anuale (în afara adunării generale, cu scop organizatoric) în vederea dezbaterii celor mai actuale probleme ale fenomenelor împotriva vieții şi a vocației parentale din țară şi din lume şi a stabilirii modalităților concrete de acțiune comună în această privință;

– realizarea unui program de educație a clerului şi viitorului cler ortodox în privința învățăturii ortodoxe cu privire la viață şi vocația parentală şi la păcatele împotriva acestora, precum şi stimularea şi susținerea unei pastorații eficiente a familiilor şi persoanelor implicate în acest sens;

– realizarea unor programe alternative de educație premaritală şi conjugală destinate adolescenților, tinerilor căsătoriți şi părinților tineri;

– sprijinirea părinților ortodocşi în educația copiilor lor cu privire la viața intimă;

– realizarea unei rețele de informare a clerului şi credincioşilor ortodocşi asupra programelor împotriva vieții şi a vocației parentale desfăşurate în țară;

– amenajarea de cluburi culturale, biblioteci, fonoteci, săli pentru cursuri şi expoziții, puncte de prezentare şi desfacere a producțiilor proprii şi ale colaboratorilor, cu tematică specifică federației;

– Federația îşi rezervă dreptul de a edita, tipări şi difuza publicații, de a produce şi difuza pe suport magnetic sau digital, înregistrări audio-video cu tematică ştiințifică, religioasă,

culturală, artistică, de a organiza întâlniri, conferințe, simpozioane, cu tematică specifică;

III.) Principiile teologice, antropologice şi morale din Carta Federației:

– Este ființă omenească orice organism uman viu, având suflet rațional, chiar dacă manifestarea acestuia nu este încă sesizabilă (stadiul embrionar) sau nu mai poate fi sesizată (ex.: comă, agonie) de ceilalți (atributul uman fiind stabilit prin constituție genetică; calitatea de a fi organism viu, prin funcții somatice autonome integrate);

– Prin urmare, începutul existenței unei ființe omeneşti coincide cu începutul organismului ei, deci cu realizarea conceperii, iar moartea biologică a ființei omeneşti coincide cu încetarea organismului ei (sesizabilă prin încetarea funcțiilor somatice autonome integrate).

– În virtutea iubirii lui Dumnezeu față de fiecare ființă omenească, pe care o creează după chipul Său şi spre asemănarea cu Sine, aceasta este persoană prin natura sa, iar nu prin voința sa ori a celorlalți, deşi împlinirea vocației la care este chemată de Creator (îndumnezeirea) depinde esențial şi de voința sa.

– Vocația parentală constituie darul colaborării în iubire cu Dumnezeu – Creatorul tuturor celor văzute şi nevăzute – în venirea pe lume a persoanei umane (procreație) şi în educarea ei pentru viața veşnică, cu alte cuvinte, în alcătuirea pleromei naturii umane şi în alcătuirea pleromei Împărăției cerurilor.

– Sexualitatea este o caracteristică a naturii umane create de Dumnezeu care exprimă deopotrivă şi reciproc unitatea, alteritatea şi interdependența ființării persoanelor umane: aceeaşi umanitate subzistă în bărbat şi în femeie şi prin unirea bărbatului şi a femeii, ei îşi actualizează această unitate.

– Familia întemeiată pe căsătoria heterosexuală şi monogamă este lucrarea la care Dumnezeu cheamă persoane uma-

ne pentru a realiza prin acestea obârşia naturii umane, a unității, alterității şi interdependenței persoanelor umane.

– În acest sens, familia întemeiată pe căsătoria heterosexuală şi monogamă este unicul loc propriu al exprimării iubirii sexuale şi unicul loc propriu al procreației.

– În intenția lui Dumnezeu procreația este rod al iubirii conjugale, iar disponibilitatea față de intervenția procreatoare a lui Dumnezeu în actul sexual conjugal este un criteriu al autenticității iubirii conjugale.

– Fiecare ființă omenească, indiferent de modalitatea venirii ei pe lume, îşi datorează existența unei voințe exprese şi unei lucrări specifice a lui Dumnezeu în ceea ce o priveşte (procreația nu este un act doar biologic).

– Prin venirea pe lume a unei noi ființe omeneşti, Dumnezeu binecuvântează nu doar pe părinți, ci, în măsuri diferite, întregi comunități din care va face parte (familia lărgită, parohia, localitatea, eparhia, națiunea, țara şi chiar întreaga umanitate); prin urmare, toate aceste comunități au responsabilități proprii față de viața şi calitatea, materială şi spirituală, a vieții acestei persoane.

– Principala responsabilitate față de viața şi calitatea vieții acestei persoane revine părinților; societatea şi comunitatea eclesială au responsabilitatea de a susține moral şi material această responsabilitate părintească, iar în cazul imposibilității exercitării ei, de a o suplini.

– Asistarea medicală a procreației poate fi morală numai dacă nu lezează iubirea conjugală şi dacă nu atentează la viața altor ființe umane (condiții necesare, nu neapărat suficiente).

– Asistarea medicală a agoniei poate fi morală numai dacă nu provoacă intenționat moartea (condiție necesară, nu neapărat suficientă).

– Omorârea unei ființe omeneşti, indiferent cât de grevată este existența ei de suferință fizică şi morală (prin condiții mate-

riale şi/sau spirituale precare), este imorală (păcat de moarte).

– Sinuciderea este imorală (păcat de moarte), dar jertfa de sine, chiar cu riscul morții, nu este sinucidere întrucât nu urmăreşte moartea persoanei.

IV.) Organul de execuție al Federației este Consiliul Director, compus din:

– **Preşedinte:** *preot Tănase Nicolae*, domiciliat în oraşul Vălenii de Munte, jud. Prahova.

– **Vicepreşedinte:** *dr. Todea-Gross Christa*, domiciliată în Cluj-Napoca, jud. Cluj.

– **Membru:** *prof. Moldovan Sebastian*, domiciliat în Mun. Sibiu, jud. Sibiu.

– **Membru:** *Toma Denis Radu*, domiciliat în Mun. Piteşti, jud. Argeş.

– **Membru:** *Preot Puşcaş Marian Florin*, domiciliat în Mun. Oradea, jud. Bihor.

– **Membru:** *Ionescu George Marinel*, domiciliat în Mun. Craiova, jud. Dolj.

– **Membru:** *Stanciu Bogdan Ioan*, domiciliat în Bucureşti, jud. Ilfov.

Preşedinte de onoare: *Preot Prof. Dr. Moldovan Ilie* – preşedintele Asociației Pro-Vita Sibiu.

V.) **Organul de conducere al Federației este Adunarea Generală, compusă din totalitatea organizațiilor componente**:

1. Asociația „Pro-Vita pentru născuți şi nenăscuți”, cu sediul în Vălenii de Munte, jud. Prahova, B-dul Nicolae Iorga Nr. 72, Bl. C, Et. I, Ap. 8, e-mail: asociatiaprovita@hotmail.com , reprezentată prin *Preot Nicolae Tănase* în calitate de preşedinte.
2. Asociația „Pro-Vita” cu sediul în municipiul Sibiu, Str. Mitropoliei nr. 20, jud. Sibiu, e-mail: smoldova@yahoo.com, reprezentată prin *Preot Dr. Ilie Moldovan* în calitate de preşedinte.

3. Asociația Filantropică Medical Creştină „Christiana", filiala Cluj – Proiectul „Pentru Viață"- cu sediul în municipiul Cluj-Napoca, Policlinica Sf. Pantelimon, str. Ion Meşter nr. 10, jud. Cluj, e-mail: christatodea_gross@yahoo.com, reprezentată prin *Dr. Christa Todea-Gross* în calitate de coordonator al Proiectului „Pentru Viață".

4. Asociația „Pro-Vita pentru născuți si nenăscuți" – filiala Craiova, cu sediul în mun. Craiova, Str. Dimitrie Gerota, Bl. D5, Sc.1, Ap. 6, jud. Dolj, reprezentată prin *Dl. George Ionescu* în calitate de preşedinte, e-mail: georgetels@yahoo.com.

5. Asociația „Acoperământul Maicii Domnului" cu sediul în Oradea, str. Parcul Traian, Nr. 15, jud. Bihor, e-mail: prmarianflorin@yahoo.com, reprezentată prin *preot Marian Florin Puşcaş* în calitate de preşedinte.

6. Asociația „Filantropia Ortodoxă Alba Iulia", cu sediul în Alba Iulia, str. Mihai Viteazu, nr. 16, jud. Alba, e-mail: filantropia_ortodoxa@yahoo.com, reprezentată prin *Preot Nicolae Ignat* în calitate de preşedinte.

7. Asociația „Filantropia Ortodoxă" – filiala Tg. Mureş, cu sediul în Tg. Mureş, str. Mitropolit A. Şaguna, nr. 2A, cod 540090, jud. Mureş, e-mail: filantropia_mures@yahoo.com, reprezentată prin *Preot Petru Sala* în calitate de preşedinte.

8. Fundația „Sfinții Martiri Brâncoveni" cu sediul în Mun. Constanța, str. Mihăleanu, nr.21, jud. Constanța, reprezentată prin *Preot Marcel Bouroş* în calitate de preşedinte. E-mail: fundatia_smb@yahoo.com.

9. Asociația „Sfânta Tatiana" cu sediul în loc. Ciutura, com. Vârvoru de Jos, jud. Dolj, reprezentată prin *Preot Marius Radu Bîrlădeanu* în calitate de preşedinte, e-mail: preot_marius@yahoo.com.

10. Fundația Creştin Ortodoxă „Pro Filiis" cu sediul în Municipiul Piteşti, Str. Bradului, Bl. 30, Sc. B, Ap. 6, Jud. Argeş, reprezentată de *Dna Silva Neagoe* în calitate de director, e-mail: radudenis68@yahoo.com.

11. Asociația „Pro-Vita pentru născuți şi nenăscuți”, filiala Bucureşti, cu sediul în Str. Grigore Tocilescu, Nr. 57, Sector 5, Bucureşti, e-mail: provitabucuresti@yahoo.com, reprezentată prin *Dl. Bogdan Stanciu* în calitate de preşedinte.

12. Asociația „Pro-Vita pentru născuți şi nenăscuți”- Filiala Gorj, cu sediul în Mun. Târgu-Jiu,str. Unirii nr. 82, jud. Gorj, reprezentată prin *Gavril Leonard* în calitate de preşedinte, e-mail: provitatj@gmail.com.

Alături de aceste 12 asociații şi fundații provita s-au constituit *încă un număr de 7* care activează după principiile Federației şi urmează să adere la ea:

1. Asociația „Pro-Vita pentru născuți şi nenăscuți” – filiala Constanța, reprezentată, cu sediul în loc. Cogealac, cod poştal 08780, str. Liceului nr.71, jud. Constanța, reprezentat prin *Preot Florin Carabuz* în calitate de preşedinte, e-mail: provitaconstanta@yahoo.com.
2. „Asociația Teodoros”, cu sediul în mun. Arad, reprezentată prin *ing. Dan Popovici*, e-mail: episcopiaortodoxaarad@yahoo.com.
3. „Fundația Solidaritate si Speranță” – Centrul InfoAdolescent, cu sediul în Mun. Iaşi, str. Costache Negri, nr. 48, cod 700071, jud. Iaşi, reprezentată prin preot Narcis Constantin Axinte, în calitate de preşedinte, e-mail: infoadolescent@yahoo.com.
4. Asociația „Pro-Vita – Sf. Brâncoveanu”, cu sediul în localitatea Valea Plopului, Com. Poseşti, Jud. Prahova, Cod Poştal: 107449, reprezentat de *D-na Valeria Iordănescu* în calitate de preşedinte, e-mail: marian.neagu@yahoo.com.
5. Asociatia „PRO VITA pentru născuți şi nenăscuți” – Filiala Călăraşi, cu sediul în Clălăraşi, str. Prelungirea Bucureşti, nr. 32, bloc I 39, scara 4, etajul 2, apartamentul 4 , reprezentată de dr. Elena Gabriela FLOREA în calitate de preşedinte, e-mail: provitacalarasi@yahoo.com

6. Asociația „Pro-Vita pentru născuți şi nenăscuți" – filiala Galați, cu sediul în mun. Galați, str. Constructorilor, nr. 4, cod 800360, bl. G1, ap 44, jud. Galați, reprezentat prin *D-na Sabina Munteanu* în calitate de preşedinte, e-mail: provitagalati@yahoo.com.

7. Asociația „Pro-Vita Sf. Brâncoveanu" – Filiala Piteşti, cu sediul în Piteşti, str. C. Rădulescu-Motru, nr.12, bl. P4a, sc. B, ap. 16, jud. Argeş, reprezentată prin *D-na Anca-Maria Saru* în calitate de preşedinte, e-mail: radudenis68@yahoo.com.

CUPRINS